

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Financování zdravotní péče v USA

Financing of the health care in the USA

Bc. Petr Beran

Plzeň 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

„Financování zdravotní péče v USA“

vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne

.....

podpis autora

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucí této diplomové práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph. D. za cenné rady, připomínky a především za velké množství času, který věnovala mně i této práci, protože právě díky ní jsem se dokázal dostat až na konec.

Obsah

Úvod	7
1 Modely financování zdravotní péče	9
1.1 Bismarckovský model zdravotnictví	10
1.2 Tržní zdravotnictví	11
1.3 Semaškův model a Beverdigův model	13
2 Praktické principy financování zdravotní péče v USA	15
2.1 Soukromé pojištění	15
2.1.1 Individuální zdravotní pojištění	15
2.1.2 Zaměstnanecké zdravotní pojištění	16
2.2 Veřejné zdroje	16
2.2.1 Medicare	18
2.2.2 Medicaid	18
2.2.3 The State Children's Health Insurance Program (SCHIP)	19
2.2.4 The Veterans Health Administration (VHA)	20
2.2.5 TRICARE	20
2.2.6 Indian Health Service (IHS)	21
2.3 Přímé platby pacientů	22
3 Základní subjekty zdravotnictví v USA	25
3.1 Pacienti	25
3.2 Poskytovatelé zdravotní péče	27
3.2.1 Praktičtí lékaři	27
3.2.2 Specialisté	29
3.2.3 Nemocnice	30
3.2.4 Lékárny	34
3.3 Financující instituce	37
3.3.1 Federální, státní a místní vlády	37
3.3.2 Pojišťovny	39
3.4 Řízená péče	42
3.4.1 HMOs	43
3.4.2 PPOs	44
3.4.3 POSs	44
4 Výdaje a zdroje v systému zdravotní péče USA	45
4.1 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle typu služby nebo produktu	45

4.2 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle hlavních zdrojů financování.....	47
4.3 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle subjektu odpovědného za financování zdravotní péče.....	48
5 The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)	50
5.1 Vliv Obamacare na Medicare	52
5.2 Vliv Obamacare na Medicaid	53
5.3 Náklady na Obamacare	55
5.4 Daně a poplatky v Obamacare	56
6 Fungování konkrétní nemocnice	58
6.1 Financování	59
7 Shrnutí.....	64
Závěr.....	69

Úvod

Prvotním podnětem pro tuto diplomovou práci byl můj zájem pochopit, proč péče o zdraví člověka je jedním z nejobtížněji zvládnutelných ekonomických problémů na naší planetě. Jsme svědky úsilí našich vlád vymýšlet a zavádět nové reformy, poplatky u lékařů, v nemocnici a v lékárnách, rušit a zavírat pobočky pojišťoven a dělat všemožné personální změny, a to vše ve jménu neustálého zkvalitňování zdravotní péče.

Není žádným tajemstvím, že i největší ekonomika světa USA, má dlouhodobé problémy v řešení otázek souvisejících s financováním zdravotnictví. Doposud provedené dílčí reformy nepřinesly kýžený výsledek, další navrhované naopak rozdělují společnost a vyvolávají nekončící diskuze. Otázkou zůstává, jestli je skutečně možné mít stabilní financování zdravotnictví s požadovanou kvalitou péče, anebo zdravotnictví bylo, je a bude pouze černou dírou, kde skončí mnoho peněz.

Pokusy o nastolení aspoň nějaké zdravotnické politiky existovaly již před stovkami let. V roce 1518 byla založena v Anglii Lékařská akademie, jejíž členové uplatňovali názor, že správné vlády musí věnovat pozornost různým aspektům zdraví. První nemocnice byla však založena až roku 1720, v České republice pak v roce 1787 v Olomouci. Mimořádně důležitá byla též nově vznikající koncepce zdravotnické politiky, o níž se v roce 1808 zasloužil zdravotní rada v Badenu Johann Peter Frank vydáním díla zdravotnické kontroly. [2]

V USA byla obecně medicína dlouho v defenzivě a jen pomalu získávala pevné zakotvení. Až do začátku 20. století nebyla pocíťována žádná potřeba nákladných prostor, drahého vybavení nebo pojištění. Velký rozmach pak zdravotnictví v USA zažilo v době první světové války, kdy počet nemocnic dosáhl počtu pět tisíc a tyto nemocnice se stávaly hlavními centry tehdejší medicíny. [2]

Po celém světě se šířily choroby masového výskytu a vlády již nemohly stát stranou tomuto problému. Po skončení druhé světové války pak byla založena Světová zdravotnická organizace (v angličtině WHO - World Health Organization). Potřeba lékařského výzkumu vedla k založení MRC - Medical Research Council. V roce 1930 pak byl ustanoven National Institutes of Health, který se postupně stal nejvýznamnějším výzkumným centrem USA. [3]

Zdravotnictví se proměňuje v neobyčejně nákladnou sféru, která odčerpává z hrubých národních produktů jeho podstatnou část. Nicméně diskuze o tom, jak by měla vypadat zdravotní politika, nikdy nebyly jednoduché, a proto i dnešní debaty o lékařské péči a nákladech na její zabezpečení jsou zdrojem konfliktů nejen v USA.

Předkládaná práce si klade za cíl analyzovat a zhodnotit financování zdravotnictví v USA, včetně zapojení jednotlivých subjektů a jejich úkolů v systému zdravotnictví USA. K tomu bylo třeba naplnit také dílčí cíle jako zpracovat teoretickou základnu k problematice financování a fungování zdravotnictví s důrazem na jednotlivé modely financování a dále pak analyzovat základní principy tržního modelu financování.

Na začátku se práce věnuje přehledu modelů financování zdravotnictví. V další části se již práce zabývá pouze zdravotnictvím USA. Popisovány jsou praktické principy financování zdravotní péče v USA, postavení jednotlivých subjektů, nemalá část je pak věnována analýze vztahu mezi výdaji a zdroji financování zdravotnictví v USA. Celá problematika je pak shrnuta a zhodnocena.

Metodika zpracování diplomové práce se odvíjela od zásad pro vypracování a cílů práce. Teoretický základ diplomové práce a získání dat bylo provedeno za pomoci rešerše odborných publikací, studií a relevantních internetových zdrojů. Vzhledem k vybranému tématu bylo čerpáno především ze zahraničních zdrojů. Na vybrané ukazatele pak byla použita metoda komparace, a to především z časového hlediska. Pro poznání a zjištění principů fungování systému byly použity analytické metody. Na konci práce pak byla použita syntéza pro sjednocení jednotlivých částí.

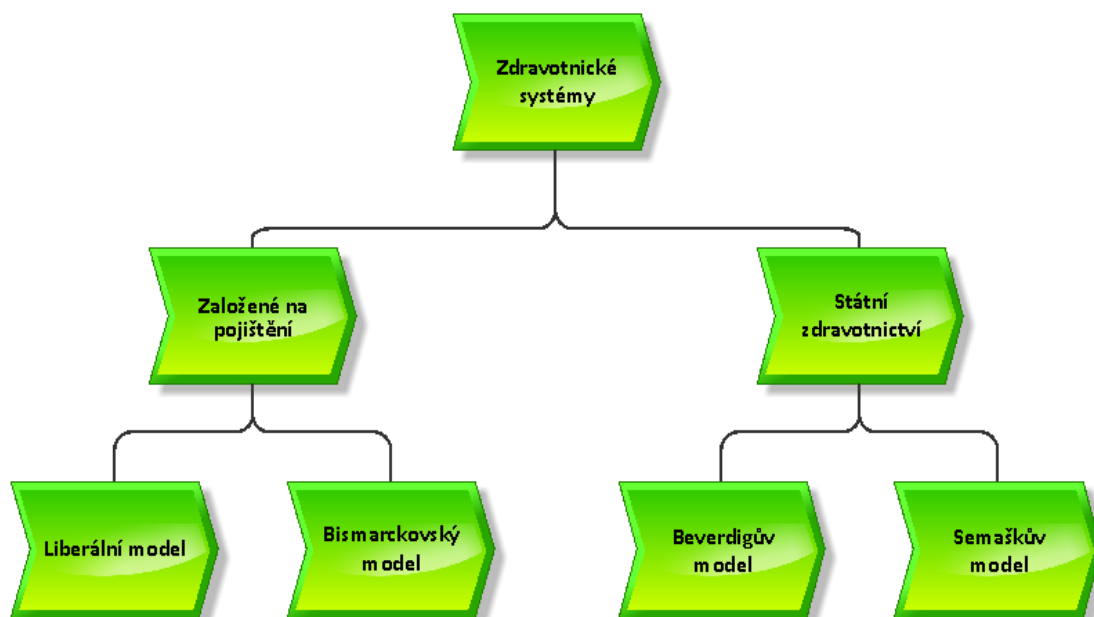
1 Modely financování zdravotní péče

Financování zdravotní péče bývá v mnoha zemích jednou z nejtěžších politických otázek. Je potřeba nastavit rovnováhu mezi poskytováním zdravotní péče a jejím financováním. Vyskytují se zejména otázky kdo, za co a kolik má platit. Všechny zúčastněné subjekty se samozřejmě snaží maximalizovat svůj užitek, a to buď zvýšením zisků (např. pojišťovny), nebo požadováním té nejmodernější technologie (např. pacienti). Každá země nahlíží na problém zdravotnictví trochu jinak a díky různým ideologiím a historickému vývoji se vyvinuly různé zdravotnické systémy, které mají své klady i zápory. [1]

Zdravotnictví využívá ke svému financování několik základních zdrojů, a to pojištění (dobrovolné, povinné, zaměstnanecké), všeobecné daně, přímou účast pacienta a jistou formu filantropie (sponzoring, charitativní příspěvky, dary atd.). Právě hrazení zdravotní péče od sebe odlišuje jednotlivé zdravotnické systémy, které výše zmíněné zdroje kombinují. Určující je pak převaha a proporce jednotlivých zdrojů. Dle této logiky lze zdravotnické systémy rozdělit na dva základní modely. [4]

Prvním z nich jsou systémy založené na pojištění. Ty lze ještě dále rozdělit dle povinnosti placení zdravotního pojištění na povinné (veřejné) zdravotní pojištění označované také jako bismarckovský model zdravotnictví nebo dobrovolné (soukromé) zdravotní pojištění označované také jako liberální či tržní model zdravotnictví. Druhou skupinu tvoří systémy, kde je zdravotní péče hrazena především z veřejných prostředků prostřednictvím státního rozpočtu. Tyto systémy jsou označovány jako státní zdravotnictví nebo také národní zdravotní služba. Dva základní modely státního zdravotnictví jsou Beverdigův model a Semaškův model. [4]

Obrázek 1 Přehled zdravotnických systémů



Zdroj: Vlastní zpracování, 2015

1.1 Bismarckovský model zdravotnictví

Bismarckovský model zdravotnictví vznikl v Německu koncem 19. století a jeho zakladatelem byl německý politik Otto von Bismarck. Tento nejstarší model financování zdravotnictví přežil se svými základními principy až do dnešní doby. [4] Začal být používán v Německu, odkud se rozšířil do Francie, zemí Beneluxu, Rakouska a Švýcarska. Po rozpadu Sovětského svazu a ukončení studené války přešly v 90. letech na tento model i některé země východního bloku jako např. Česká republika, Maďarsko, Polsko, Slovensko atd. [53]

Základním rysem Bismarckovského modelu zdravotnictví je všeobecná dostupnost zdravotní péče, která je zpravidla garantována státem. Ta je hrazena z fondů zdravotního pojištění, kam přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát. [53] Platí zde princip solidarity, což znamená, že každý odvádí do systému různou výši finančních prostředků (zpravidla povinně procento ze svého příjmu), ale na čerpání zdravotní péče mají všichni stejný nárok. [4] [7]

Vybrané prostředky spravují pojišťovny, které fungují jako zprostředkovatel mezi poskytovateli zdravotní péče a pojištěnci. Pojišťovny mají v různých státech odlišný charakter a jejich počet je také rozdílný. Většinou najdeme kombinaci veřejných,

neziskových a soukromých pojišťoven. Pojišťovny fungují různými principy na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Přímé platby pacientů zpravidla nepřekračují hranici 15 % a většinou slouží k hrazení příplatků za léky, stomatologických služeb, pobytů v nemocnici, pohotovostí atd. [7]

Hlavní výhodou bismarckovského modelu zdravotnictví je již zmíněná všeobecná dostupnost zdravotní péče a její stejné poskytování všem účastníkům bez rozdílu. Tento model sebou přináší i jistoty, které pacienti oceňují a někdy je berou jako samozřejmé a neváží si jich, ačkoliv nejsou v každé zemi samozřejmostí. Mezi nejdůležitější patří jistota, že každému pojištěnci bude poskytnuta zdravotní péče a také jistota, že každý občan dané země musí být pojištěn bez ohledu na jeho zdravotní stav nebo finanční situaci. Země s bismarckovským modelem zdravotnictví mají vysokou kvalitu poskytované zdravotní péče a spokojenost pacientů je také vyšší než u jiných modelů. [4] [7]

Tento model samozřejmě nemá pouze klady. Hlavní problém se dá spatřit ve stále rostoucích (již tak vysokých) cenách péče a administrativních nákladech, což zvyšuje podíl výdajů na zdravotnictví vůči HDP (viz tabulka č. 1). Stálý tlak na používání té nejmodernější techniky zapříčiňuje enormní růst nákladů a žádný stát na světě si nemůže dovolit poskytovat všem svým občanům tu nejmodernější péči. Častým problémem je také složitost vztahů mezi pacienty, poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami. To vytváří tlak na nerovné podmínky poskytovatelů zdravotní péče a vytváří korupční prostředí. [4] [7]

Tabulka 1 Výdaje poskytovatelů zdravotní péče vzhledem k HDP (v procentech)

	Německo	Francie	Nizozemsko	Belgie	Švýcarsko	Polsko	ČR
2003	10,5	10,35	8,98	9,65	10,93	5,98	6,85
2012	10,89	11,16	11,77	10,89	11,43	6,33	7,42

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z databáze Eurostat, 2015

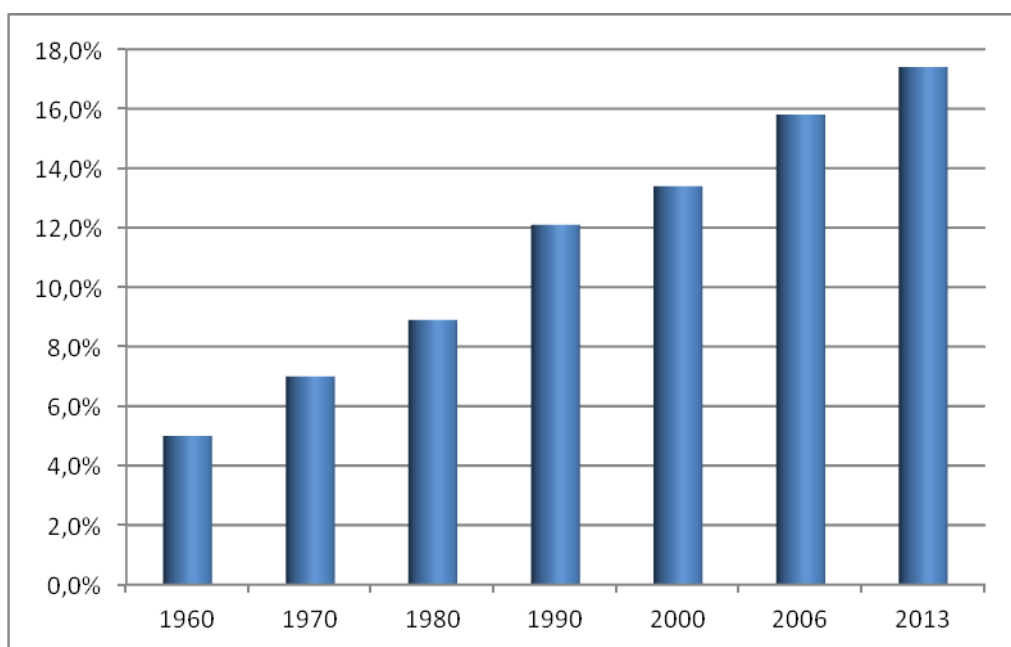
1.2 Tržní zdravotnictví

Tržní zdravotnictví je charakteristické svým důrazem na jedince a osobní odpovědnost. Neexistuje zde povinné pojištění a princip solidarity funguje jen velmi okrajově, což znamená, že zdravotní péče není garantována pro všechny občany dané země. Stát nevstupuje do vztahů mezi jednotlivými subjekty a nechává zdravotnictví tržní volnost.

[53] Všechny subjekty v systému tržního hospodářství jsou soukromé a navzájem si konkurují cenou a kvalitou poskytované péče. To vede k možnosti využívat nejmodernější metody a přístroje, které si však může dovolit jen nejbohatší část obyvatel dané země. Stát zasahuje do zdravotnictví poskytováním programů zdravotní péče pro ohrožené sociální skupiny (důchodci, děti, veteráni atd.). Typickým příkladem země s tržním zdravotnictvím je USA, s různými obměnami se vyskytuje také v Austrálii, Japonsku, Jižní Koreji a v některých státech latinské Ameriky. Financováním zdravotnictví v USA se zabývá další část této práce. [4] [5]

Hlavní výhodou tržního modelu financování je vysoká kvalita zdravotní péče a velice kvalitní a finančně podporovaný výzkum. Nové technologie jsou pak rychle zaváděny do zdravotnictví a nabízeny pacientům, kteří si to mohou finančně dovolit. To souvisí naopak s největší nevýhodou celého systému, kterou je vysoká cena péče a tím pádem její dostupnost pro pacienty. Někteří občané nemají dokonce vůbec žádné pojištění, což vede k sociálním problémům. Vysoká cena péče, nadbytečné užívání péče pojištěnců, administrativní náklady a financování různých programů vede k enormním výdajům státu (v USA přes 17 % HDP). [4] [7]

Obrázek 2 Podíl výdajů na zdravotnictví v USA vůči HDP



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z statista.com, 2015

1.3 Semaškův model a Beverdigův model

Druhou velkou skupinou systémů zdravotní péče je národní zdravotní služba, typická velkým vlivem a zasahováním státu, který financuje zdravotnictví ze státního rozpočtu a nikoli z pojištění. Zdravotní péče je přístupná všem občanům dané země. Nemocnice se nachází ve vlastnictví státu, zdravotnictví je tedy centralizováno, i když v dnešní době vzniká tlak na předávání kompetencí na obce a regiony. I zde existují dva podsystemy, které se vyvinuly na politicko - ekonomickém základě zemí, kde vznikaly. Své názvy získaly podle osob, které se výrazně podílely na jejich definování. Jedná se, jak již bylo výše uvedeno, o Semaškův a Beverdigův model. [4] [53]

Semaškův model vznikl ve dvacátých letech 20. století v sovětském Rusku. N. A. Semaško byl sovětský revolucionář, teoretik a ministr zdravotnictví. Po druhé světové válce se tento model rozšířil do dalších zemí východního bloku, kde setrval až do devadesátých let minulého století. V současnosti se tento model nachází pouze na Kubě. [5]

Beverdigův model byl zaveden ve Velké Británii v roce 1948 zákonem o Národní zdravotní službě. Navrhl ho britský ekonom a politik William Henry Beveridge v roce 1942. [53] V tomto modelu platí stejné principy jako u Semaškova modelu, hlavní rozdíl je v přítomnosti soukromého sektoru, a to například u lékáren a zubařů. Nemocnice zůstávají z drtivé většiny státní. Tento model financování je typický pro Velkou Británii, s různou mírou soukromého sektoru ho můžeme najít také v evropských severských zemích známých svou sociální politikou (Norsko, Švédsko, Finsko, Dánsko), v jižní Evropě (Portugalsko, Španělsko, Itálie, Řecko) a jiných zemích Commonwealthu (Kanada, Nový Zéland). Najít se dá i v ostatních zemích světa, a to jak ve vyspělých tak i v rozvojových (Botswana). [5] [7] [81]

Hlavní výhodou těchto modelů je všeobecná dostupnost zdravotní péče bez ohledu na finanční situaci pacienta. V úvahu se bere pouze potřeba využití zdravotní péče a tato zdravotní péče je poskytována bezplatně. Bezplatné zdravotnictví s sebou ovšem přináší klady i zápory. Při bezplatném zdravotnictví může dojít (a často dochází) k nadužívání poskytované péče a nedostatečné osobní odpovědnosti. Jednoznačnou nevýhodou jsou pak dlouhé čekací lhůty na úkony neakutního charakteru, neboť poskytovatelé zdravotní péče si navzájem nekonkurují. Omezena je také svobodná volba poskytovatelů

zdravotní péče. Velkým problémem je také stále narůstající byrokracie a s ní i vyšší náklady. [4] [5] [7]

2 Praktické principy financování zdravotní péče v USA

Jako v každé zemi je i v USA zdravotnictví financováno z několika zdrojů. Každý z nich má své nezastupitelné místo a podílí se z určité části na fungování zdravotnického systému. Největší část rozpočtů zdravotnických zařízení kryje soukromé pojištění obyvatel USA. Další významnou položkou je financování od státu prostřednictvím různých programů (viz níže), a to jak na federální úrovni, tak na úrovni jednotlivých států a měst. Zdravotnická zařízení získávají také finanční prostředky z přímých plateb od pacientů a z dobročinných darů a sponzoringu. V neposlední řadě naplňují zdravotnické organizace své rozpočty z různých forem podnikání, jako například nákupem a prodejem potravin. [55]

2.1 Soukromé pojištění

Soukromé pojištění využívá v USA většina obyvatelstva ke hrazení své potřebné zdravotní péče. Lze jej rozdělit na individuální zdravotní pojištění a zaměstnanecké zdravotní pojištění. [4]

2.1.1 Individuální zdravotní pojištění

Individuální zdravotní pojištění má zajištěno u soukromých pojišťoven téměř 15 % obyvatelstva USA. Tento typ je charakteristický individuálními plány pojištění, které sestavují pojišťovny se svými klienty. Tvorba těchto plánů s sebou přináší vysokou časovou náročnost a také vysoké administrativní náklady. [80]

V USA mají pojišťovny možnost odmítnout žadatele pojistit. I z tohoto důvodu předchází uzavření pojistné smlouvy řada pohovorů s potenciálním klientem a prostudování současné zdravotní dokumentace žadatele. Po zanalyzování situace nabídne (případně odmítne) pojišťovna klientovi individuální plán pojištění. Tento plán je zpravidla velmi komplikovaný a přesně vymezuje, na co má klient nárok ze svého pojištění a na co se již pojištění nevztahuje. [54]

Komplikovanost smluv je častým předmětem soudních sporů, neboť pojištěnec se často dobře neorientuje v dané smlouvě a domnívá se, že jeho nároky jsou jiné, než usuzuje pojišťovna. Krytí v plném rozsahu je velmi nákladné, a proto je uzavíráno jen zřídka. Každý individuální plán je tedy "ušit klientovi na míru" a je v něm zohledněna míra individuálního rizika klienta. [54]

2.1.2 Zaměstnanecké zdravotní pojištění

Zaměstnanecké zdravotní pojištění je nejčastější způsob hrazení zdravotní péče obyvateli USA. Přináší pozitiva zaměstnancům i zaměstnavatelům. Zaměstnavatelé nabízejí pojištění jako benefit, který jim dává určitou konkurenční výhodu na trhu práce při shánění zaměstnanecké síly. [56] Rozsah krytí pojištění se opět liší dle zaměstnavatele, který ho sjedná u vybrané komerční pojišťovny a poté na něj přispívá. Navíc podnikatelé poskytující pojištění jsou daňově zvýhodněni. [8] [80]

Zajištění pojištění je pro zaměstnavatele opět dobrovolné, ale pokud ho nabízí, musí do něj zahrnout všechny své zaměstnance, což umožňuje větší míru solidarity. Zjednodušeně se dá říct, že čím větší je firma, tím větší je pravděpodobnost, že nabízí pojištění svým zaměstnancům. Je to dáno právě diverzifikací rizika na více lidí a pojišťovny pak nabízejí zajímavý produkt pro podnik. [8]

Zaměstnanecká výhoda je pak zřejmá. V systému, kde nedostanete nic zadarmo, dostanete příležitost být kvalitně pojištěni. V mnoha případech se navíc pojistka dá uplatnit i na ostatní členy rodiny. To je velká výhoda, neboť v USA nejsou děti pojištěny státem (jako např. v ČR), pokud nesplňují podmínky pro zařazení do některého federálního nebo státního programu. [8] [56]

Zaměstnanecké zdravotní pojištění také vytváří tlak na udržení pracovní pozice, neboť se ztrátou zaměstnání končí po určité době i pojistka. Je tedy snahou zaměstnanců odvádět kvalitní pracovní výkony pro udržení, případně získání lepší práce. Problém byl částečně odstraněn přijetím federálního zákona zvaným COBRA. [46] Ten se vztahuje na všechny podniky s více než dvaceti zaměstnanci a nabízející zdravotní pojištění. Zákon ukládá zaměstnavatelům povinnost po dobu osmnácti měsíců po opuštění práce (nikoliv v případě vyhození za vážný prohřešek) umožnit zaměstnancům využívat zaměstnavatelova pojištění. Toto pojištění je pro bývalého zaměstnance sice dražší, ale stále umožňuje čerpání pojistky. [8]

2.2 Veřejné zdroje

Ačkoliv je v USA tržní systém financování zdravotnictví a je kladen důraz na osobní odpovědnost, přesto plynou do zdravotnictví z veřejného rozpočtu nemalé finanční prostředky. Vláda financuje zdravotnictví prostřednictvím programů a také dává možnost snížení daní pro zaměstnavatele v případě, že zprostředkovávají svým zaměstnancům pojištění. Rozpočtový úřad kongresu odhaduje, že slevy na daních

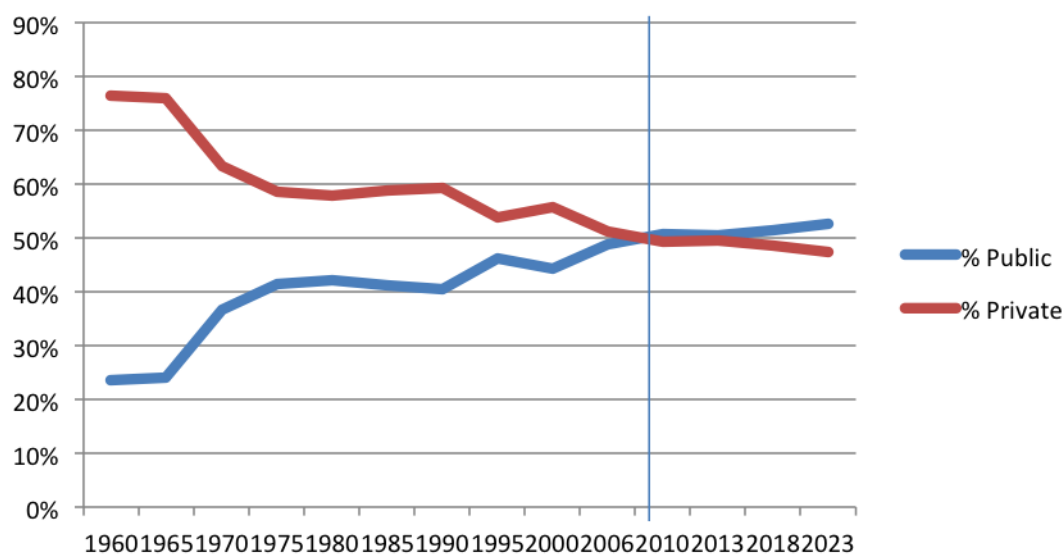
připraví rozpočet zhruba o 250 miliard dolarů ročně, což z této daňové úlevy dělá největší v zemi. [9] [55]

Financování zdravotnictví probíhá jak na federální úrovni, tak i na úrovni jednotlivých států a municipalit, které nejčastěji zřizují nemocnice a sanatoria, popřípadě poskytují vlastní programy pojištění či se podílejí na programech stávajících. Federální vláda a státy také investují miliardy dolarů do medicínského výzkumu, preventivních opatření a profesního vzdělávání. [9] [57]

Vládou podporované programy zdravotní péče tvoří v současné době většinu výdajů na zdravotní péči v USA. V roce 2007 byl podíl soukromých a veřejných výdajů vyrovnaný a od té doby tvoří již většinu veřejné prostředky. Tento trend by měl navíc pokračovat a pomyslné nůžky by se měly rozevírat směrem k dalšímu zvyšování veřejných zdrojů (viz obrázek č. 3). Důležité je zmínit, že v daných výdajích jsou započítány i zmíněné slevy na daních. [9]

Cílem těchto programů je zahrnout co nejvíce obyvatel do systému pojištění, a tím snížit dopady nemocí, zranění a invalidity na společnost. [57] Spojené státy americké vydávají ze státního rozpočtu nejvíce finančních prostředků na světě, ale přesto jejich populace zdaleka nepatří k nejzdravější. V žebříčku naděje dožití při narození se pohybují dokonce až na 42. místě. [9]

Obrázek 3 Národní výdaje na zdravotní péči



Zdroj: Forbes.com, 2015

Mezi šest největších vládních programů zdravotní péče patří Medicare, Medicaid, the State Children's Health Insurance Program (SCHIP), the Department of Defense TRICARE and TRICARE for Life programs (TRICARE), the Veterans Health Administration (VHA) program and the Indian Health Service (IHS) program. V těchto šesti programech je zahrnuto téměř 150 milionů obyvatel USA, což tvoří zhruba 46 % populace. Výdaje státu na jednotlivé programy navíc rapidně rostou (viz tabulka č. 2). [10]

Tabulka 2 Nárůst výdajů na jednotlivé programy (v miliardách \$)

	Medicare	Medicaid	SCHIP	VHA	TRICARE	IHS
Výdaje v roce 2001	242,4	227,9	4,6	20,9	14,2	2,6
Výdaje v roce 2013	585,7	496,4	13,5	56,0	39,0	3,7
Nárůst v procentech	141,6	117,8	193,5	167,9	174,6	42,3

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z forbes.com a nap.edu, 2015

2.2.1 Medicare

Program Medicare byl zřízen v šedesátých letech 20. století jako reakce na stále rostoucí počet seniorů, pro které byla zdravotní péče nedostupná. Poskytuje zdravotní pojištění pro osoby nad 65 let, pro pacienty s onemocněním ledvin, v konečném stádiu onemocnění a pro některé osoby s postižením. V roce 2013 bylo do programu zahrnuto 54 milionů seniorů a tělesně postižených Američanů a jejich péče stála 585,7 miliard dolarů. Medicare je plně financován federální vládou a služby zdravotní péče jsou dodávány téměř výhradně přes soukromý sektor. [9] [10]

Program hradí akutní péči, některá preventivní opatření a pokrývá také náklady na léky na předpis. Mezi přední diagnózy hrazené z programu Medicare patří hypertenze, osteoporóza, chronická obstrukční plicní nemoc, astma, diabetes, srdeční choroby a mrtvice. Jedná se o chronická onemocnění, která si vyžadují dlouhou dobu léčení a tím pádem i vysoké náklady. Téměř 80 % pojištěnců Medicare má diagnostikovan aspoň jeden chronický stav. To vše vede k enormnímu nárůstu výdajů na ošetrovatelská zařízení a hospicovou péči. [9] [10]

2.2.2 Medicaid

Ve stejné době jako Medicare byl vytvořen program Medicaid, který měl fungovat jako záchranná síť ve zdravotnictví. Od svého vzniku zahrnoval těhotné ženy, rodiny s nízkými příjmy (hranice se stát od státu liší), děti a tělesně a mentálně postižené

obyvatele. V roce 2010 došlo k dalšímu rozšíření programu, které se vztahovalo na bezdětné dospělé. Pro zahrnutí do programu je nutné být pod hranicí 133 % federální úrovně chudoby. [10] [11]

Federální úroveň chudoby vyjadřuje míru úrovně příjmů vydávanou každoročně ministerstvem zdravotnictví a sociálních služeb. Je nastavena jako minimální výše hrubého příjmu, který rodina potřebuje na jídlo, oblečení, dopravu, přístřeší a další nezbytnosti. Federální úroveň chudoby se používá k určení způsobilosti pro určité programy a výhody a liší se v závislosti na velikosti rodiny. [42]

Medicaid funguje jak na federální (více než 50 % celkových výdajů programu), tak i na úrovni jednotlivých států, a proto jsou podmínky pro vstup do tohoto programu v různých státech odlišné a na centrální úrovni není jasně definováno, kdo má na dané pojištění nárok. Program Medicaid využívá poskytovatele soukromých zařízení, avšak také se opírá o veřejná státní, krajská nebo místní zařízení. [10]

Dle dat z roku 2013 využívalo pojištění z programu Medicaid 66,2 milionů obyvatel a jejich péče stála 496,4 miliard dolarů. Většina příjemců Medicaid jsou děti a to nejčastěji do věku šesti let. Každoročně je zahrnuta do programu přibližně jedna třetina ze všech novorozenců. Nejvíce výdajů plyne na pokrytí dlouhodobé péče. [9]

Program zaručuje nárok na komplexní akutní i chronickou péči a také ústavní dlouhodobou péči o zdravotně postižené a mentálně retardované. Typickými úkony programu jsou porody, léčení astma, cukrovky, vrozených neurologických a vývojových poruch, tuberkulózy, pohlavně přenositelných chorob, včetně AIDS a zneužívání návykových látek. [10]

2.2.3 The State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

Program SCHIP byl vytvořen v roce 1997, aby poskytoval pojištění pro chudé děti nebo ty, které se k chudobě blíží. Je tedy zaměřen na děti do 19 let, které nedosáhnou způsobilosti pro zařazení do Medicaid, ale zároveň zůstávají pod hranicí 200 % federální úrovně chudoby. V některých státech byl SCHIP rozšířen na děti, jejichž rodinný příjem nepřesahuje 300 % federální úrovně chudoby. Z toho tedy vyplývá, že program funguje na úrovni jednotlivých států i té federální. [10]

Jednotlivé státy mají možnost vytvořit SCHIP programy spadající pod Medicaid, samostatné programy, anebo jako kombinované programy. To znamená, že spadají

do Medicaid do určité úrovně příjmů a pro vyšší úrovně příjmů existují samostatné programy. SCHIP byl implementován pomalu a v různých státech velice proměnlivě. Většina států se však spoléhá na řízené uspořádání péče jako primárního mechanismu poskytování služeb, a to pro zdravé děti i děti se speciálními potřebami zdravotní péče. [10]

Statistiky z roku 2013 uvádějí, že do programu bylo zařazeno 8 milionů dětí a jejich péče stála 13,5 miliard dolarů. Základními službami poskytovanými z programu jsou preventivní prohlídky, očkování, lůžková a ambulantní péče v nemocnicích a základní zubařské úkony. [9]

2.2.4 The Veterans Health Administration (VHA)

VHA byla založena po druhé světové válce v roce 1946 z důvodu zajištění zdravotní péče pro americké veterány. Veteráni tvoří asi 10 % populace národa, ale jen malá část z nich čerpá pojištění přes program VHA. Veteráni jsou do programu vybíráni podle jejich zdravotního stavu a příjmu. Z programu je hrazena komplexní chronická a akutní péče, včetně dlouhodobé ústavní péče. Program je plně hrazen federální vládou a pod VHA spadá většina klinických a administrativních zaměstnanců. Výdaje v roce 2013 dosáhly výše 56 miliard dolarů a program čítal 5,7 milionů amerických veteránů. [10]

Zdravotní péče je poskytována regionálními systémy zdravotní péče, které se nazývají sítí integrovaných služeb pro veterány. Každá tato síť obsahuje 7 až 10 nemocnic, 25 až 30 klinik ambulantní péče, 4 až 7 domů s pečovatelskou službou a ostatní zařízení pro poskytování péče. [10]

Obecně platí, že populace VHA je starší, má nízké příjmy a trpí chronickými onemocněními. Pacienti zahrnuti do tohoto programu nejčastěji trpí psychickými problémy, neurózami, plicními chorobami, zažívacími obtížemi, zneužívají návykové látky a postihují je srdeční selhání. [9]

2.2.5 TRICARE

TRICARE provozuje ministerstvo obrany přes úřad náměstka pro zdravotní věci a poskytuje služby aktivnímu vojenskému personálu a jeho rodinným příslušníkům, armádním důchodcům nad 65 let včetně jejich rodin, pozůstalým vojáků i bývalým partnerům z rozvedeného vztahu. TRICARE je primárně určen na ochranu zdraví, preventivní péči pro vojáky a odhalování rizik spojených s nasazením v bojových

akcích. Vojáci musí splňovat zdravotní požadavky americké armády. V roce 2013 bylo v programu zapsáno 9,6 milionů obyvatel USA a jejich péče stála 39 miliard dolarů. [9] [10]

TRICARE je kombinací systému přímé armádní péče a soukromých poskytovatelů. Základ systému tvoří 80 vojenských nemocnic a zdravotních středisek a více než 500 klinik, které zaměstnávají přes 160 000 mužů a žen. Asi polovina personálu jsou civilní zaměstnanci. TRICARE je rozdělen na 11 regionů v kontinentálních spojených státech a na 3 regiony v zámoří. Rozdělení je z důvodu různé jurisdikce v jednotlivých státech. Regiony pak uzavírají smlouvy se soukromými zařízeními na služby, které nejsou k dispozici prostřednictvím vojenských léčebných zařízení. [12]

Účastníci programu si mohou vybrat mezi třemi možnostmi TRICARE, a to Standard, Extra a Prime. TRICARE Standard nabízí nejvíce svobody při volbě poskytovatele zdravotní péče, ale je spojen s vyššími náklady. TRICARE Extra funguje stejně jako Standard, ale příjemci mohou usilovat o péči od poskytovatelů v síti TRICARE Extra, kde navíc dostanou slevy a různé bonusy. [12]

Vojáci v aktivní službě jsou automaticky zařazeni do TRICARE Prime, rodinní příslušníci si pak mohou tento program zvolit dobrovolně. Uživatelé TRICARE Prime mají nárok na preventivní i primární péči, a to bez poplatku. TRICARE Prime není dostupný v zámořských regionech. Pacientům je určeno k poskytování zdravotní péče vojenské zařízení nebo zařízení spadající pod TRICARE Prime. V případě neodkladné péče je možno užít i jiných zařízení, ale již za poplatky. [12]

2.2.6 Indian Health Service (IHS)

IHS je provozován v rámci ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb, které je zodpovědné za poskytování zdravotní péče pro federálně uznané indiány a příslušníky domorodých aljašských kmenů. Pro účastníky programu IHS je zdravotní péče poskytována bezplatně. V roce 2013 bylo registrováno v programu 2,2 milionu lidí a jejich roční péče stála 3,7 miliardy. [9] [10]

Poskytování zdravotnických služeb v rámci IHS je založeno na smlouvách, soudních ustanovení a rozhodnutí Kongresu, což stanoví vztahy mezi kmeny a federální vládou. IHS poskytuje zdravotní péči ve více než 12 oblastních kancelářích rozmístěných po celém USA. Tyto oblasti sdružují zhruba 550 poskytovatelů zdravotní péče, mezi které patří 49 nemocnic, 214 zdravotních středisek a necelých 300 hygienických stanic,

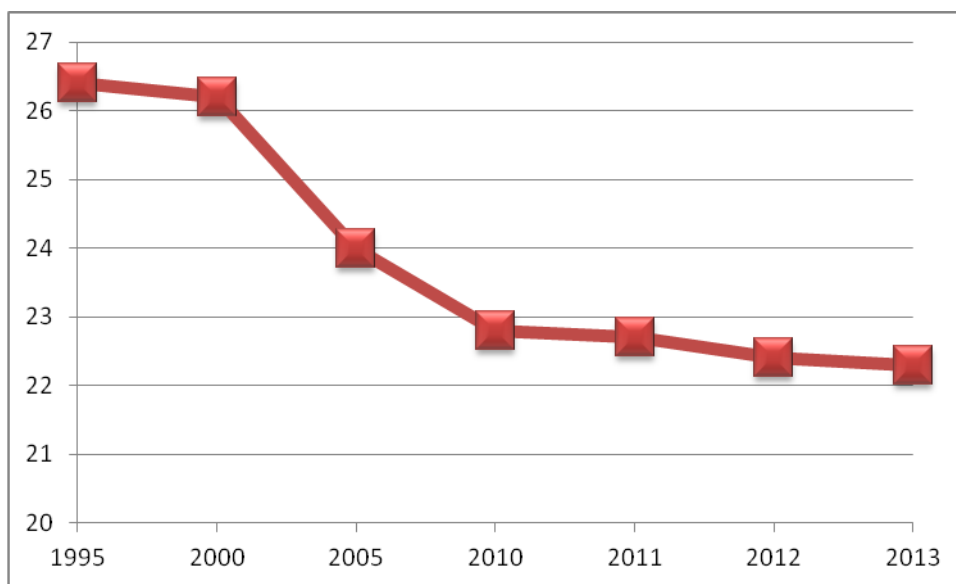
satelitních klinik a aljašských obecních klinik. Necelá polovina (přibližně 44 %) rozpočtu IHS je přenášena na kmeny, které si spravují své vlastní programy zdravotní péče. [10]

Špatný zdravotní stav indiánů a domorodců je silně ovlivněn jejich chudobou a nízkou úrovní vzdělání. Okolo jedné čtvrtiny indiánů a domorodců žije pod hranicí chudoby a více než jedna třetina nemá vystudovanou střední školu. Mezi nejčastější důvody poskytování zdravotní péče patří cukrovka, neúmyslné zranění, alkoholismus a zneužívání návykových látek. [9] [10]

2.3 Přímé platby pacientů

Přímé platby pacientů jsou jakékoliv přímé výdaje domácností na lékaře a léky, zdravotnické pomůcky a ostatní zboží a služby, které slouží ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel a jsou součástí soukromých výdajů na zdravotní péči. Podíl přímých plateb na soukromých výdajích v roce 2013 činil 22,3 % a od roku 1995 se neustále snižoval (viz obrázek č. 4) [14]

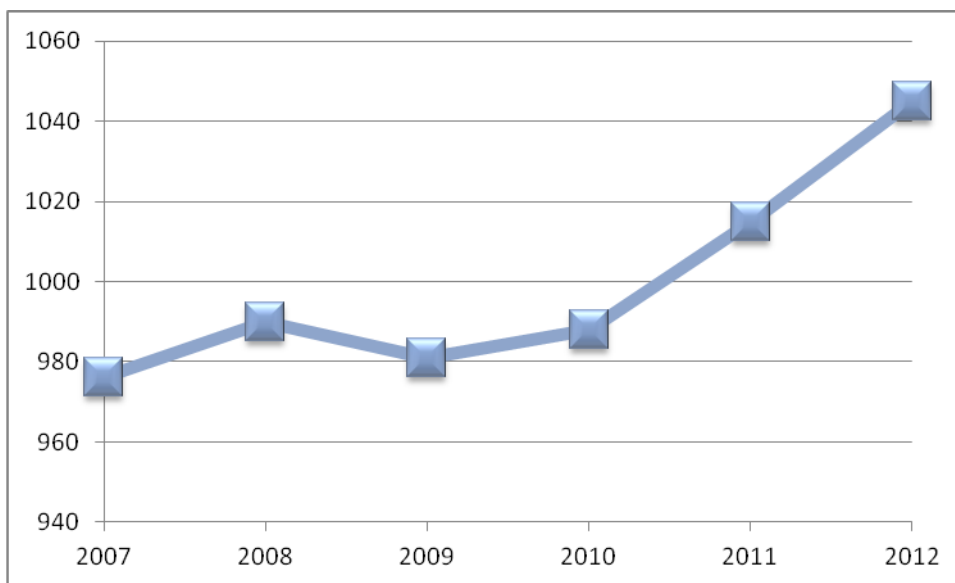
Obrázek 4 Podíl přímých plateb na soukromých výdajích (v procentech)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z data.worldbank.org, 2015

V roce 2012 činily přímé úhrady obyvatel 12 % výdajů na zdravotnictví. I přesto, že v USA stále více lidí získává pojištění, přímé platby pacientů rostou (viz obrázek č. 5). [13] [14]

Obrázek 5 Přímé platby pacientů na obyvatele (v \$)

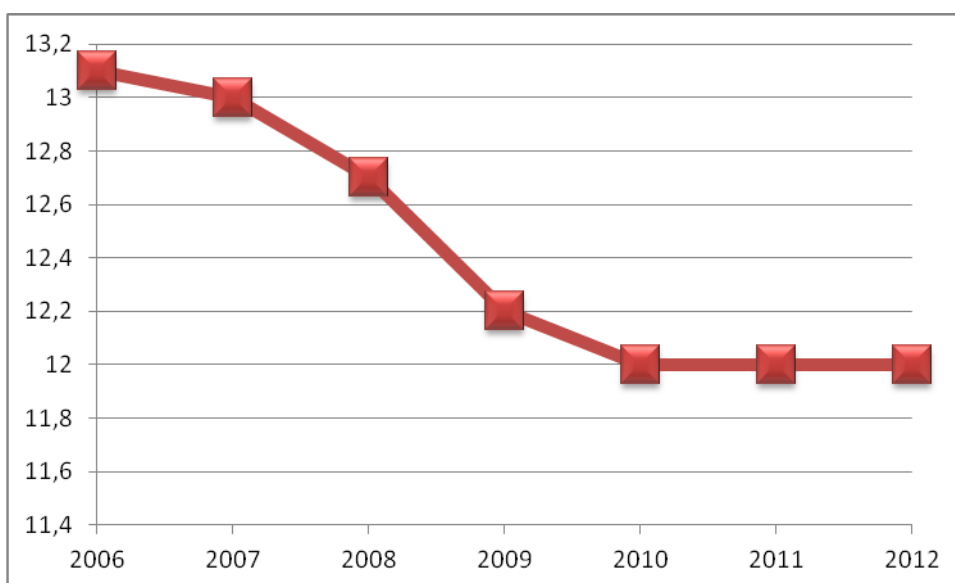


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z deloitte.com, 2015

Tento růst se týká v podstatě všech typů zdravotní péče a navíc se nepředpokládá, že by se zastavil. Důvodem jsou především stále dražší pojistky pro zaměstnavatele, kteří pak uzavírají smlouvy s pojišťovnami s menším obsahem krytí. Do budoucna se předpokládá, že zaměstnavatelé budou v této strategii pokračovat. [13] [18]

Ačkoliv přímé platby obyvatel stále rostou, jejich podíl na celkových výdajích na zdravotnictví se snižoval a od roku 2010 se drží na úrovni 12 % (viz obrázek č. 6). To je způsobeno rostoucími výdaji z veřejných zdrojů i ze soukromého pojištění. [13]

Obrázek 6 Podíl přímých plateb na celkových výdajích na zdravotnictví (v procentech)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z oecd-ilibrary.org, 2015

Toto zvyšování přímých plateb samozřejmě reflektují i pacienti a snaží se hledat možnosti, jak více sdílet a šetřit náklady na zdravotní péči. To s sebou přináší i negativní důsledky jako přecházení nemocí, nedobírání předepsaných léků a kupování léků mimo zdravotnická zařízení. [13]

Dalším negativem je pak nedostatečná gramotnost v otázce zdravotního pojištění, což má v konečném důsledku za následek další růst přímých plateb. Občané často mění své pojistky v domněnku, že ušetří, ale snížení pravidelných měsíčních odvodů má za následek vyšší spoluúčast v případě nemoci. V USA již byla spuštěna kampaň v rámci Obamacare (viz níže), která má za cíl pomoci lidem využívat jejich pojištění. [58]

Přímé platby jsou problematické i pro poskytovatele zdravotní péče a to z důvodu složitého vymáhání od pacientů. Americká asociace nemocnic dokonce uvádí, že v roce 2012 činily dluhy vůči nemocnicím 49 miliard dolarů, což představuje 6,1 % celkových nákladů. [13]

Většina nemocnic stále používá tradiční způsob účtování plateb, tj. až po provedení zdravotnické služby, ale objevují se již nové strategie, které by měly snížit počet neproplacených úkonů. Mezi nové strategie patří např. účtování přímých plateb během hospitalizace, snížení přímých plateb maximálním využíváním pojišťovnou kryté léčby, splátkové kalendáře a detailní informovanost pacientů před začátkem léčby o výši přímých plateb. [13] [59]

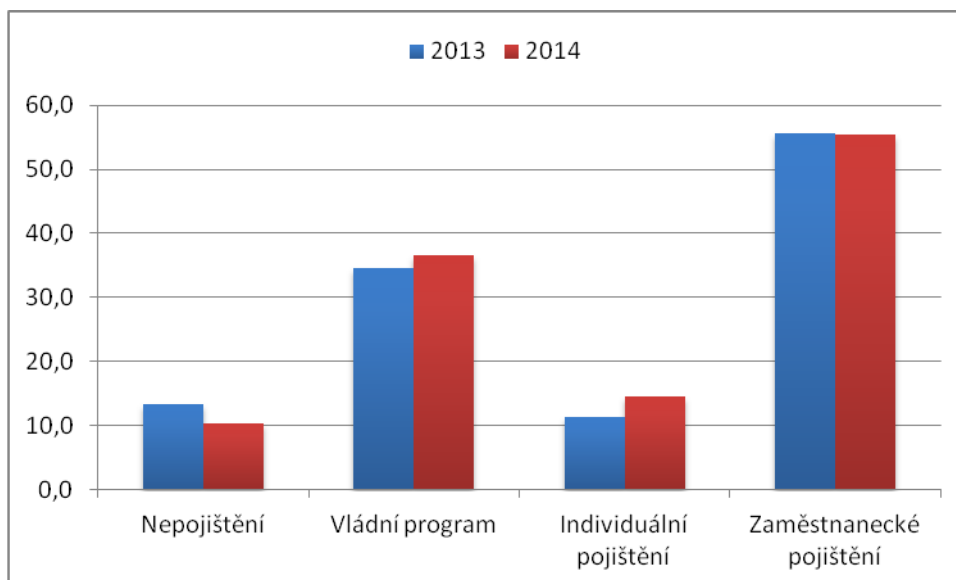
3 Základní subjekty zdravotnictví v USA

Základní subjekty zdravotnictví v USA lze rozdělit do tří skupin, tj. na pacienty, poskytovatele zdravotní péče a financující instituce. Pacienty je možno zjednodušeně charakterizovat jako konzumenty zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení jako nemocnice a lékárny a mezi financující instituce patří především vláda a pojišťovny. Postavení jednotlivých subjektů je v každém systému zdravotnictví odlišné a každý systém se snaží jasně definovat vztahy mezi jednotlivými skupinami. Zvláštní postavení jednotlivých subjektů pak umožňuje řízená péče. [15]

3.1 Pacienti

Pacienti jsou tedy těmi, kteří čerpají zdravotní péči. Tu si platí, jak bylo uvedeno, pomocí soukromého pojištění, přímými platbami, anebo jsou zařazeni do některého z veřejných programů. Nejvíce obyvatel využívá soukromé zdravotnické pojištění, zhruba třetina občanů USA je pak zařazena do některého vládního programu, nezanedbatelnou část však tvoří nepojištění. Přes 10 % lidí v USA si pak sjednává individuální soukromé zdravotní pojištění. Lidé v USA mohou využívat i kombinaci jednotlivých typů pojištění. [19] [6]

Obrázek 7 Rozdělení zdravotního pojištění obyvatel USA (v procentech)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z census.gov, 2015

Absence pojištění u některých obyvatel USA je velkým problémem a společenským tématem. Zaváděná reforma zdravotnictví má počet pojištěných minimalizovat a tím snížit úmrtí u lidí, kteří si nemohou dovolit potřebnou péči. Dle studie organizace

Families USA zemřelo v roce 2010 téměř 26 100 Američanů ve věku mezi 25 a 64 lety kvůli absenci zdravotního pojištění. Oproti roku 2000 je to zvýšení z 18 000, což znamená nárůst o 45 %. [17]

Nejvíce nepojištěných se nachází ve věku 18 - 34 let. V této věkové kategorii nemá zajištěné pojištění 28,3 % obyvatel. Více nepojištěných je mužů než žen. Absence pojištění je pak nejvíce u hispánského (31 %) a černošského obyvatelstva (20 %). Státem s nejnižším podílem nepojištěných je pak Massachusetts (4,2 %) a naopak s nejvyšším Texas (25,1%). [48]

Základním právem pacientů v USA je, že v případě ohrožení života jim nemůže být odmítnuta lékařská péče, a to ani v případě, že nemají na její zaplacení. [49] Lékařská zařízení kalkulují ve svých rozpočtech s těmito zpravidla nikdy neuhrazenými náklady a tvoří fondy, které jsou většinou částí financovány ze soukromých pojistek. Tyto soukromé pojistky jsou pak stále dražší a v podstatě jsou náklady za nepojištěné převedeny právě na občany s uzavřenou soukromou pojistkou. [41]

Dalším právem je právo na zacházení s respektem, které říká, že všichni pacienti, bez ohledu na jejich finanční prostředky nebo zdravotní problémy, by měli očekávat, že s nimi bude zacházeno s respektem a bez diskriminace od jejich poskytovatelů zdravotní péče. [41] [49]

Od roku 1996 mají pacienti v USA také právo získat zdravotnickou dokumentaci, což znamená, že pacienti mají nárok na získání svých lékařských záznamů, včetně poznámek lékařů, výsledků lékařských testů a dalších dokumentací týkajících se jejich zdravotní péče. Stejný zákon pak dává pacientům právo na soukromí jejich zdravotních záznamů. Tento zákon také nastiňuje, kdo jiný, kromě pacienta a pro jaké účely, může získat pacientovi lékařské záznamy. [41]

Důležité je pak právo rozhodnout o své léčbě. Tak dlouho, dokud je pacient schopen rozhodovat, je jeho právo i odpovědnost vědět o dostupných možnostech pro léčbu svého zdravotního stavu a pak udělat rozhodnutí, které považuje za nejlepší. Toto právo je úzce spojeno s právem na informovaný souhlas. Žádný seriózní lékař nebo zařízení provádějící léčbu by tak neměl pokračovat s úkony, aniž by požádal pacienta nebo jeho opatrovníka o podepsání formuláře se souhlasem k dané léčbě. Informovaný souhlas je tak nazýván proto, že pacientovi budou vysvětlena rizika a přínosy léčby. [41] [49]

Dokud je pacient považován za schopného činit správná rozhodnutí, nebo tak učinil předtím prostřednictvím písemného projevu, má právo odmítnout léčbu. Pacienti mají také právo rozhodnout o ukončení péče. Každý členský stát ve Spojených státech si určuje, jak mohou pacienti ukončit léčbu. [41] [49]

3.2 Poskytovatelé zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče jsou zjednodušeně lidé a zařízení, kteří léčí a starají se o nemocné pacienty. Poskytují primární péči, sekundární péči a popřípadě následnou péči. [16]

Primární péče je charakterizována jako první kontakt s poskytovatelem zdravotní péče. Jedná se zpravidla o praktického nebo rodinného lékaře, tuto činnost však může vykonávat také asistent nebo zdravotní sestra praktického lékaře. Hlavními úkoly poskytovatele primární péče je prevence, učení zdravého životního stylu, identifikování a léčení běžných zdravotních stavů, zjištění naléhavosti zdravotního stavu a popřípadě doporučení odbornému lékaři. Primární péče je obvykle poskytována ambulantně praktickým lékařem nebo nemocničním zařízením. [60] [1]

Mezi poskytovatele primární péče jsou řazeni také stomatologové a záchranná služba. V USA byly lékárny považovány za výdejce léčiv, v poslední době ovšem dochází v této oblasti k legislativním změnám a lékárníci jsou postupně uznávány jako poskytovatelé zdravotní péče. [52] Protože jde o jasný trend zahrnovat lékárny jako poskytovatele zdravotní péče, bude tak učiněno i v této práci.

Sekundární péči lze definovat jako specializovanou ambulantní péči nebo lůžkovou péči poskytovanou v nemocnicích a v odborných ústavech. V USA fungují různé typy nemocnic, a to veřejné a komunitní, zvláštní místo zaujímají nemocnice fakultní. Po provedení lékařských procedur a léčebného programu je poskytována následná péče. Tu zpravidla zajišťují nemocnice dlouhodobé péče nebo psychiatrické léčebny. [61] [1]

3.2.1 Praktičtí lékaři

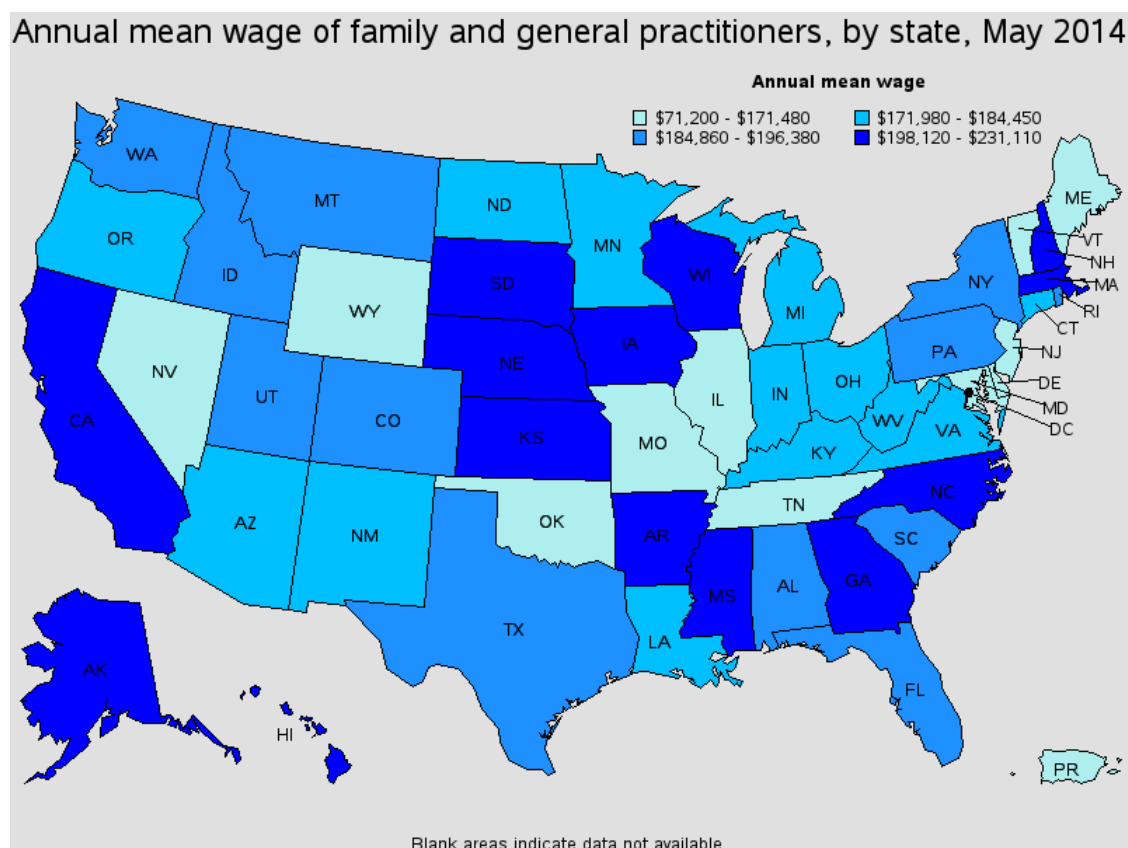
Praktičtí lékaři tedy garantují primární a trvalou lékařskou péči o pacienta. Berou v úvahu fyzické, emocionální a sociální faktory při diagnostice onemocnění a dávají doporučení pro následnou léčbu. Pacienti mohou být odkázáni na nemocniční kliniku pro další posouzení a případně pro léčbu. [20]

Stát se v USA praktickým lékařem je velice náročné a nákladné. Hlavním předpokladem pro studium medicíny je mít bakalářský titul v biologii, chemii nebo jiné oblasti související s medicínou. Po zvládnutí náročného přijímacího řízení musí student absolvovat lékařskou univerzitu, která se skládá z teoretické a praktické části. Ta zahrnuje rotaci na různých odděleních fakultní nemocnice. Příprava na toto povolání zabere kolem 10 let a většina studentů si bere na své studium vysoké půjčky. [43]

Podle Asociace amerických lékařských vysokých škol byl v letech 2012-2013 medián ročního školného 28 719 \$ (s poplatky a pojištěním 32 197\$) pro studenty veřejných institucí a 47 673 \$ (s poplatky a pojištěním 50 078 \$) pro studenty soukromých institucí. Medián dluhu absolventů lékařských fakult v roce 2012 byl 170 000 \$ (160 000 \$ na veřejných institucích a 190 000 \$ na soukromých institucích) a podíl zadlužených absolventů činil 86 %. [44]

Tyto dluhy pak lékaři splácí ze svého platu, který ovšem patří k nejvyšším v USA. Průměrný roční plat praktického lékaře je 180 180 \$, což ho řadí na třetí místo mezi nejvýdělečnějšími povoláními. [21]

Obrázek 8 Roční průměrné platy rodinných a praktických lékařů v USA dle států



Zdroj: bls.gov, 2014

Praktičtí lékaři mohou provozovat specializované kliniky v rámci praxe pro pacienty se specifickými podmínkami. Zde pracují jako součást týmu spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky, včetně komunitních zdravotních lékařů, a diskutují o možnosti péče o pacienty. Praktičtí lékaři jsou také zodpovědní za chod praxe, která zahrnuje celou řadu administrativních činností, jako je zaměstnávání pracovníků, správa smluv a dodržování přísných rozpočtů. [63]

Mezi pracovní činnosti praktických lékařů patří rozpoznávání zdravotních problémů pacienta, což znamená provedení anamnézy, stanovení diagnózy, důkladné vyšetření a určení léčby, popřípadě doporučení ke specialistovi. Důležitá je také osvětová a preventivní činnost. Sem lze zařadit organizování preventivních lékařských programů a podporování zdravého životního stylu u pacientů. [62]

Praktičtí lékaři musejí však vykonávat i manažerskou roli. Vzhledem k tomu, že drtivá většina praktických lékařů je soukromých, snaží se o efektivní řízení zdrojů a vyjednání dobrých podmínek s farmaceutickými firmami. Musejí také řídit své případné podřízené a plnit cíle stanované vládou, jako např. očkování (nárok pacienta a financování očkování je součástí soukromého pojištění nebo vládních programů). Významným úkolem je také neustálé vzdělávání, a to nejen na lékařské úrovni, ale i v oblasti nových léků a technologií. [45]

3.2.2 Specialisté

Po vyšetření od poskytovatele primární péče, zpravidla praktického lékaře, může být v případě potřeby pacient odeslán ke specialistovi. Specialista tedy většinou poskytuje sekundární péči na doporučení praktického lékaře a určuje další postup při léčbě. Pacienti mohou navštívit specialistu i bez vyšetření od praktického lékaře, ale v závislosti na pojistném plánu nemusí být návštěva specialisty pojišťovnou uhrazena. [65]

Specialisté pracují buď jako soukromníci, nebo jsou zaměstnanci lékařského zařízení, jako je nemocnice. Vzhledem k obrovským nákladům, které stojí pořízení a údržba lékařských přístrojů, je v některých případech nemožné, aby specialisté nebyli zaměstnanci lékařského zařízení. Společenské postavení specialistů jako odborných lékařů je velmi vysoké a povolání lékaře s sebou nese velkou prestiž. [64]

Platy jednotlivých lékařů se liší dle odbornosti a typu pracoviště, ale všeobecně se dá říci, že povolání lékaře patří k nejlépe placeným v USA. Povolání chirurga je dokonce

jednoznačně nejlépe placené zaměstnání v USA, ročně si vydělá v průměru 352 220 \$. Výše průměrného platu psychiatra je 181 800 \$ a zubaře 146 340 \$. [21]

Tabulka 3 Seznam nejběžnějších specializovaných pracovišť

Pracoviště	Obor léčby
Alergologie	alergie a astma
Anesteziologie	celková anestezie a kontrola bolesti
Kardiologie	onemocnění srdce
Dermatologie	kožní problémy
Endokrinologie	hormonální a metabolické poruchy, včetně diabetes
Gastroenterologie	poruchy trávicího systému
Všeobecná chirurgie	společné operace zahrnující jakoukoliv část těla
Hematologie	poruchy krve
Imunologie	poruchy imunitního systému
Infekční oddělení	infekce postihující tkáň jakékoliv části těla
Nefrologie	poruchy ledvin
Neurologie	poruchy nervového systému
Gynekologie	porody, těhotenství a poruchy ženské reprodukce
Onkologie	léčba rakoviny
Oftalmologie	oční poruchy
Ortopedie	poškození pojivových tkání a kostí
Otorinolaryngologie	problémy v oblasti ušní, nosní a krku
Fyzikální terapie a rehabilitační medicína	poranění zad a míchy a cévní mozkové příhody
Psychiatrie	emocionální nebo mentální poruchy
Plicní oddělení	poruchy respiračního traktu
Radiologie	rentgeny a související postupy
Revmatologie	bolesti kloubů a jiných částí pohybového aparátu
Urologie	poruchy močových cest a mužské reprodukce

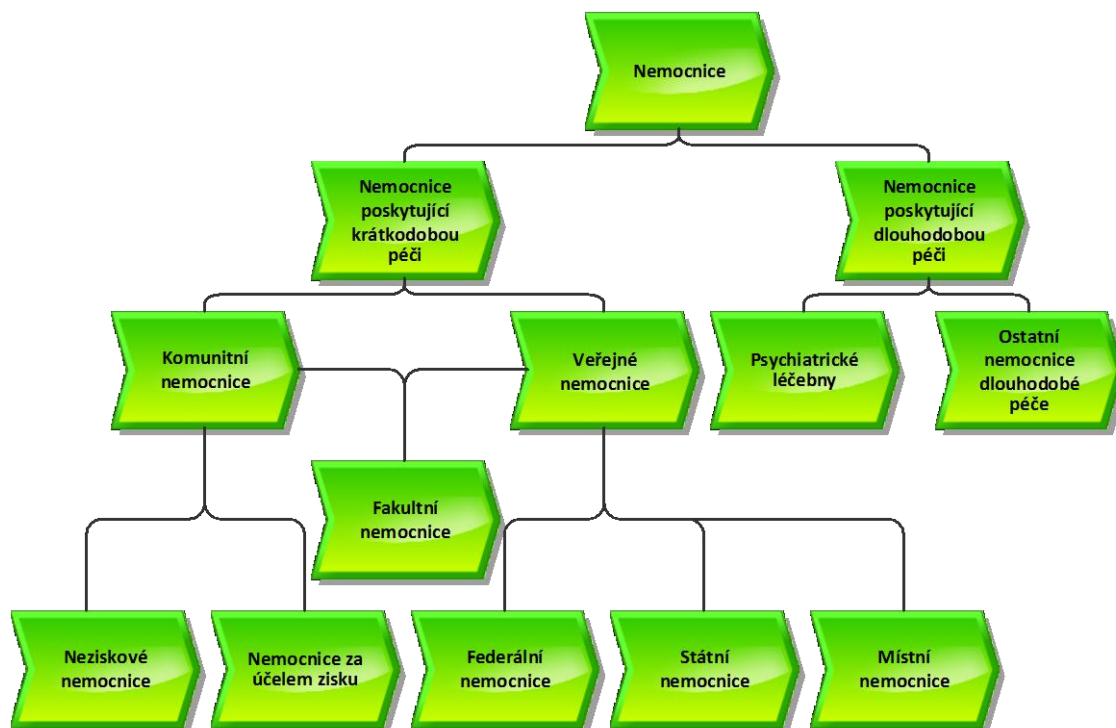
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z nlm.nih.gov, 2015

3.2.3 Nemocnice

Nemocnice v USA lze rozdělit podle typu vlastnictví a rozsahu služeb, které nabízejí. Prvním typem nemocnic jsou komunitní, které jsou provozovány buď jako neziskové organizace, anebo vlastněny korporacemi či jednotlivci za účelem zisku. Dalším typem jsou veřejné nemocnice, které jsou pod správou federální vlády, jednotlivých států nebo města. Zvláštním typem jsou pak fakultní nemocnice, ke kterým je přidružena

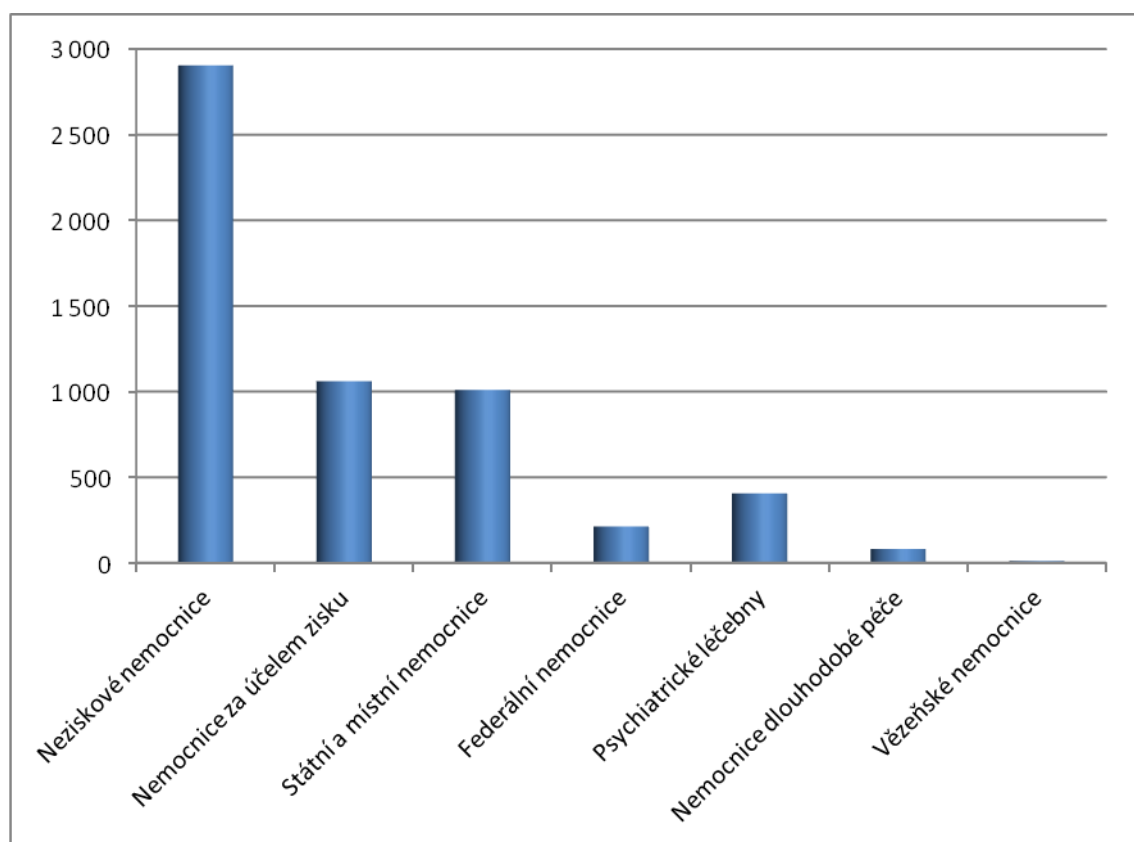
vzdělávací instituce zdravotnického personálu, a jsou buď veřejné, nebo komunitní. Své nezastupitelné místo pak zauímají psychiatrické léčebny a nemocnice dlouhodobé péče. [24]

Obrázek 9 Model nemocnic v USA



Zdroj: Vlastní zpracování, 2015

Obrázek 10 Rozdělení nemocnic v USA



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z aha.org, 2015

Tabulka 4 Počet jednotlivých nemocnic v USA

Počet nemocnic celkem	Neziskové nemocnice	Nemocnice za účelem zisku	Státní a místní nemocnice	Federální nemocnice	Psychiatrické léčebny	Nemocnice dlouhodobé péče	Vězeňské nemocnice
5 686	2 904	1 060	1 010	213	406	81	12

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z aha.org, 2015

3.2.3.1 Komunitní nemocnice

Nejběžnějším typem nemocnice v USA je komunitní nemocnice. Komunitní nemocnice, kde zdravotní péči čerpá nejvíce obyvatel, jsou většinou malé, zhruba s padesáti až pěti sty lůžky. Tyto nemocnice poskytují kvalitní péči při běžných lékařských a chirurgických problémech. V osmdesátých letech dvacátého století bylo zavřeno mnoho menších nemocnic, neboť nedokázaly být dlouhodobě výdělečné, a tudíž pro své majitele nezajímavé. [24]

Jak již bylo zmíněno, některé komunitní nemocnice fungují jako neziskové a jsou podporovány z místních zdrojů od náboženských nebo družstevních organizací. Neziskové organizace jsou řízeny správní radou, kterou tvoří občanské elity dané lokality bez nároku na mzdu. V minulosti se počet neziskových nemocnic stále zvyšoval a v devadesátých letech minulého století mnoho těchto nemocnic změnilo svůj status na ziskové, neboť pro zachování své existence potřebovaly získat dodatečné finanční zdroje. Ty byly poskytnuty investorem z řad korporací nebo velmi movitých jedinců. Tito investoři měli samozřejmě velký zájem na rozšíření sítě poskytovatelů, navýšení svého tržního podílu rozšiřováním služeb a v konečném důsledku na tvoření zisku. [24]

3.2.3.2 Veřejné nemocnice

Veřejné nemocnice jsou vlastněny a provozovány federální vládou, vládou jednotlivých členských států, anebo radou města. Jsou obvykle umístěny v centru měst a pokračují v tradici péče o chudé obyvatelstvo. [67] To způsobuje nejistou finanční situaci těchto nemocnic, neboť mnoho pacientů není schopno platit za provedené lékařské služby. Tyto nemocnice jsou silně závislé na platbách z vládních programů a na dotacích od místních samospráv. [24]

Mezi nejznámější veřejné nemocnice patří Bellevue Hospital Center (New York City), Parkland Memorial Hospital (Dallas, Texas), Truman Medical Center (Kansas City, Missouri), University of Southern California Medical Center (Los Angeles, Kalifornie, USA) a Temple University Nemocnice (Philadelphia, Pennsylvania). [24]

3.2.3.3 Fakultní nemocnice

Většina fakultních nemocnic, které poskytují vzdělání pro studenty medicíny a další zdravotnický personál, jsou spojeny s lékařskou školou. Mnoho lékařů má kromě práce v nemocnici také pracovní úvazek na univerzitě a věnují se výuce studentů. Pacienti v fakultních nemocnicích jsou často vyšetřováni studenty lékařské fakulty. [24] [66]

Jednou z výhod využívání péče ve fakultní nemocnici je možnost být diagnostikován, popřípadě léčen, vysoce kvalifikovaným doktorem a získat přístup k nejmodernějším technologiím a přístrojům. Nevýhodou je nepohodlí a narušení soukromí, které vyplývá z delšího a méně šetrného vyšetření od studentů. Právě v porovnání s malými komunitními nemocnicemi je přístup ve fakultních nemocnicích o velikostech stovek lůžek velmi neosobní. Naopak pro pacienty s neobvyklými nebo složitými diagnózami

je péče ve fakultní nemocnici velmi cenná, neboť mohou těžit z přítomnosti uznávaných odborníků a komplexního vybavení nemocnice. [24]

3.2.3.4 Nemocnice dlouhodobé péče a psychiatrické léčebny

Nemocnice dlouhodobé péče (Long - term care hospitals - zkráceně LTCHs) jsou certifikovány jako nemocnice pro naléhavé případy, ale se zaměřením na pacienty, kteří mají v průměru pobyt delší než 25 dnů. Mnoho pacientů je přeloženo do nemocnice dlouhodobé péče v kritickém stavu nebo z jednotky intenzivní péče. [27]

Nemocnice dlouhodobé péče se specializují na léčbu pacientů, kteří mohou trpět několika vážnými onemocněními. Předpokládá se však možné zlepšení stavu a následné propuštění do domácí péče. Nemocnice dlouhodobé péče obecně poskytují služby, jako je respirační terapie, léčení po traumatu hlavy a zvládnání bolesti. [27] [46]

Psychiatrické léčebny se specializují na léčbu lidí, kteří trpí různými duševními chorobami, jako jsou deprese, schizofrenie, pocity úzkosti a poruchy příjmu potravy. Do psychiatrické léčebny může být člověk přijat dobrovolně, nebo nedobrovolně. O dobrovolné přijetí se jedná v případě vlastní žádosti nebo na doporučení lékaře, popřípadě rodičů u dětí. Nedobrovolné přijetí se pak vztahuje na případy, kdy nemocná osoba může ublížit sobě nebo někomu jinému a nemá sama zájem nastoupit léčení. Ve většině států tento nedobrovolný nástup nařizuje soud na návrh policie ve spolupráci s určeným odborníkem na duševní zdraví. [28]

Psychiatrické léčebny jsou provozovány soukromě nebo jsou součástí velkých nemocnic. Náklady na pobyt v psychiatrické léčebně se velmi liší. Některé psychiatrické léčebny poskytují léčbu jen za velmi malý poplatek, ale některé (zpravidla soukromé) jsou velmi drahé. Pacienti mají v některých případech nárok na uhrazení části nákladů ze soukromého pojištění nebo prostřednictvím vládních programů. Většina pobytů v psychiatrických léčebnách je krátkodobá, ale v jistých případech může lékař rozhodnout o další léčbě. [28]

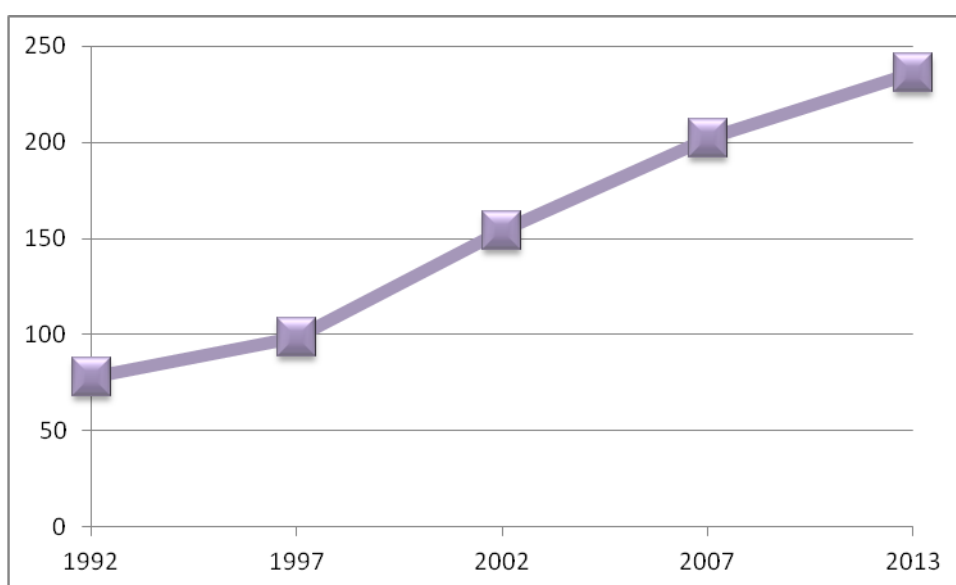
3.2.4 Lékárny

Jak bylo uvedeno výše, lékárny začínají získávat v některých státech (např. Kalifornie či Wasghinton) status poskytovatele zdravotní péče z předchozího statutu výdejce léčiv. [52] Tato změna se diskutuje i na federální úrovni, ale celonárodní zákon ještě nebyl přijat. Od změny zákona si jeho zastánci slibují lepší komunikaci a spolupráci mezi

jednotlivými subjekty zdravotnictví, což s sebou přinese lepší přístup pacientů k péči a zvýšení kvality a účinnosti systému poskytování zdravotní péče.

V USA fungují lékárny různých velikostí a typů. Mezi největší lékárnické řetězce patří CVS, Walgreen, Rite Aid a Eckerd. Navíc v mnoha řetězcích obchodních domů jsou také provozovány lékárny, jako např. Wal - mart lékárny nebo Safeway lékárny. [29] Většina lékáren je velkých a kromě prodeje léků působí jako malé obchodní domy a prodávají zboží jako jsou bonbóny, kosmetické výrobky, pleny, klenoty, časopisy, noviny, poštovní známky, hračky, zubní kartáčky a cigarety. [69]

Obrázek 11 Vývoj tržeb lékáren v USA (v miliardách \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z statista.com, 2015

Tabulka 5 Tržby lékáren v USA (v miliardách \$)

Rok	1992	1997	2002	2007	2013
Tržby	77,79	98,82	153,94	202,28	236,17

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z statista.com, 2015

Léky jsou vydávány na předpis lékaře, anebo jsou vydávány bez předpisu ve volném prodeji. USA mají přísné zákony na vydávání léčiv bez předpisu. Mnoho položek, které jsou v jiných zemích volně prodejné, nelze získat v USA bez předpisu. Mezi takové léky patří perorální antikoncepce, léky na spaní, antihistaminika ve vysokých dávkách atd. Většina lékáren navíc uznává pouze recepty od lékařů v USA. [29]

Léky na předpis nejsou vydávány hned na počkání, zákazník si musí počkat nebo se vrátit později. Léky a přípravky prodávané v lahvích jsou míchány přímo v lékárně a

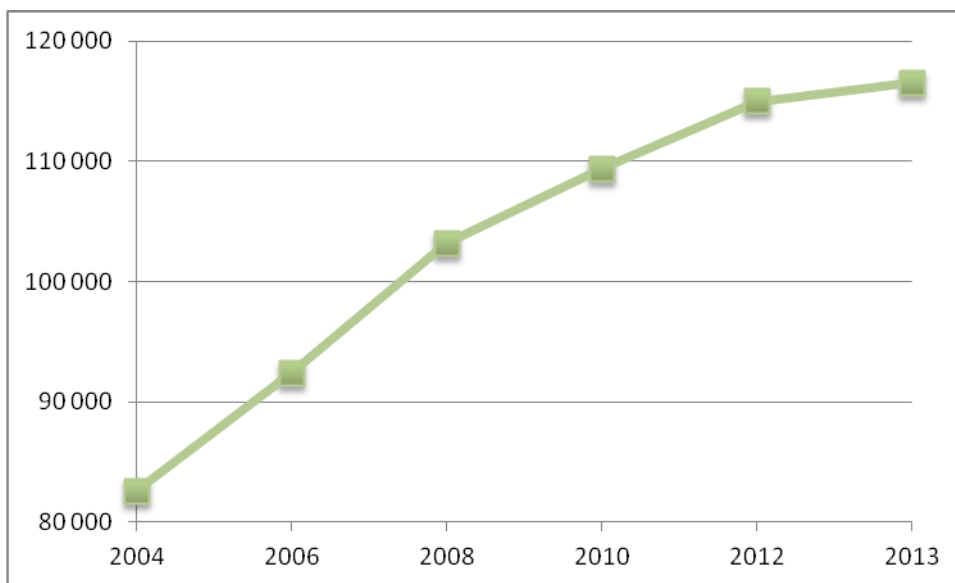
nejdou tedy vyráběny přímo farmaceutickou firmou. Taková láhev pak musí mít název a kontaktní číslo lékárny, jméno pacienta, jméno lékaře, popis medicíny a pokyny k použití. Navíc společně s léky dostane pacient dokument, který poskytuje podrobné údaje o tom, jak užívat lék, jaké má lék vedlejší účinky a další užitečné fakta. Léky volného prodeje jsou vhodné pro lehčí onemocnění, jako jsou nachlazení, chřipky, horečky nebo alergie, ale jejich účinky jsou slabší než u léků na předpis. [29]

V každé lékárně musí být kdykoliv přítomen aspoň jeden vyškolený a licencovaný lékárník. Mimo něj mohou pracovat v lékárně další zaměstnanci, jako pokladní nebo laboratorní technici. Lékárníci pochopitelně dávají rady v oblasti léčiv, ale v žádném případě neposkytují vyšetření nebo nestanovují diagnózu. Pojišťovny platí za léky na předpis zpravidla jednou měsíčně. [29] [68]

Lékárny prodávají značkové léky nebo generické léky (tzv. generika). Značkové léky pocházejí přímo od společností, které dané léky vynalezly. Tyto společnosti mají výhradní právo na výrobu a distribuci těchto léčiv. Po určité době, kdy vyprší ochranná lhůta, mohou daný lék se stejnou kvalitou a účinky začít vyrábět i ostatní společnosti. Tyto léky se nazývají právě generika a jsou výrazně levnější než značkové léky. Vysoká cena značkových léků a ochranná lhůta na jejich výrobu a prodej je z důvodu uhrazení nákladů na výzkum léku. Je pouze na rozhodnutí lékaře, případně po diskuzi s pacientem, jestli předepíše značkový lék nebo generika. [29]

Lékárny v USA jsou tedy v soukromém vlastnictví a k zajištění provozu lékárny potřebují majitelé licencované lékárníky. Zaměstnání lékárníka je v USA velice lukrativní a průměrný roční plat lékárníka činil v roce 2013 116 500 \$. Medián platu lékárníků je pak 119 280 \$, průměrný roční plat 10 % nejvíce vydělávajících lékárníků je 147 350 \$ a 10 % nejméně vydělávajících pak 89 000 \$. Průměrné platy lékárníků se navíc v čase neustále zvyšují. [30]

Obrázek 12 Vývoj ročního průměrného platu lékárníků (v \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z money.usnews.com, 2015

3.3 Financující instituce

Mezi financující instituce patří zdravotní pojišťovny, federální vláda a státní a místní vlády. Tyto instituce vybírají finanční prostředky od obyvatel USA prostřednictvím pojištění nebo daní a tyto prostředky pak přerozdělují mezi poskytovatele zdravotní péče.

3.3.1 Federální, státní a místní vlády

Federální vláda zastává v americkém zdravotnictví množství různých rolí. Vystupuje jako regulátor zdravotní péče, kupující péče, poskytovatel služeb zdravotní péče, sponzor aplikovaného výzkumu a pořadatel vzdělávacích a školicích programů pro odborníky v oblasti zdravotní péče. Každá z těchto rolí podporuje zdravotnictví jiným způsobem, ale vláda se snaží, aby v konečném důsledku vedly k zajištění kvality zdravotní péče, zlepšování kvality zdravotní péče a k modernizaci zdravotnických zařízení. [70]

Regulační úloha spočívá ve stanovení minimálních standardů zdravotní péče. Tyto standardy by měly zaručit minimální úroveň kvality a chránit příjemce zdravotní péče před nekvalitními lékaři a organizacemi poskytující zdravotní péči. Regulační požadavky jsou ovšem stanoveny na nízkých úrovních a zatěžují poskytovatele administrativními náklady, což způsobuje jejich neefektivitu. [70]

Role kupujícího péče ukládá vládě závazek hrazení péče pro pacienty, kteří jsou příjemci některého vládního programu. Role zprostředkovatele pak znamená povinnost starat se o federální zdravotnická zařízení včetně jejich zaměstnanců. Vládou financovaný výzkum pak slouží k vývoji nových zdravotnických zařízení, technik a metod. [70]

V první polovině 20. století vláda poskytovala skromné množství zdravotní péče. Veřejné výdaje na zdravotní péči na počátku 20. století byly státní a místní záležitostí. Státní vlády vynaložily asi 0,13 % HDP na zdravotní péči a místní vlády asi 0,12 % HDP. Po poklesu v první světové válce se veřejné výdaje na zdravotní péči po jejím skončení skokově zvýšily na 0,5 % HDP, kde státní a místní vlády vynakládaly 0,2 % HDP a výdaje federální vlády se pohybovaly okolo 0,1 % HDP. [31]

Veřejné výdaje na zdravotní péči rostly od počátku Velké hospodářské krize, až roku 1932 dosáhly federální výdaje 0,22 % HDP, státní výdaje se zvýšily na 0,37 % a místní výdaje pak na 0,41 % HDP. Veřejné výdaje na zdravotní péči klesaly po zbytek třicátých let a během druhé světové války. V roce 1944 klesl federální podíl na 0,09 %, státní na 0,15 % a místní na 0,14 % HDP. [31]

Výdaje rychle rostly bezprostředně po druhé světové válce a v roce 1950 veřejné výdaje na zdravotní péči dosahovaly na federální úrovni 0,32 %, na státní 0,32 % a na místní 0,27 % HDP. Veřejné výdaje na zdravotní péči se v padesátých letech sice neustále zvyšovaly, ale rostly pomaleji než HDP. Na konci padesátých let činily federální výdaje na zdravotní péči 0,26 %, státní výdaje dosahovaly 0,35 % a místní výdaje pak 0,35 % HDP. [31]

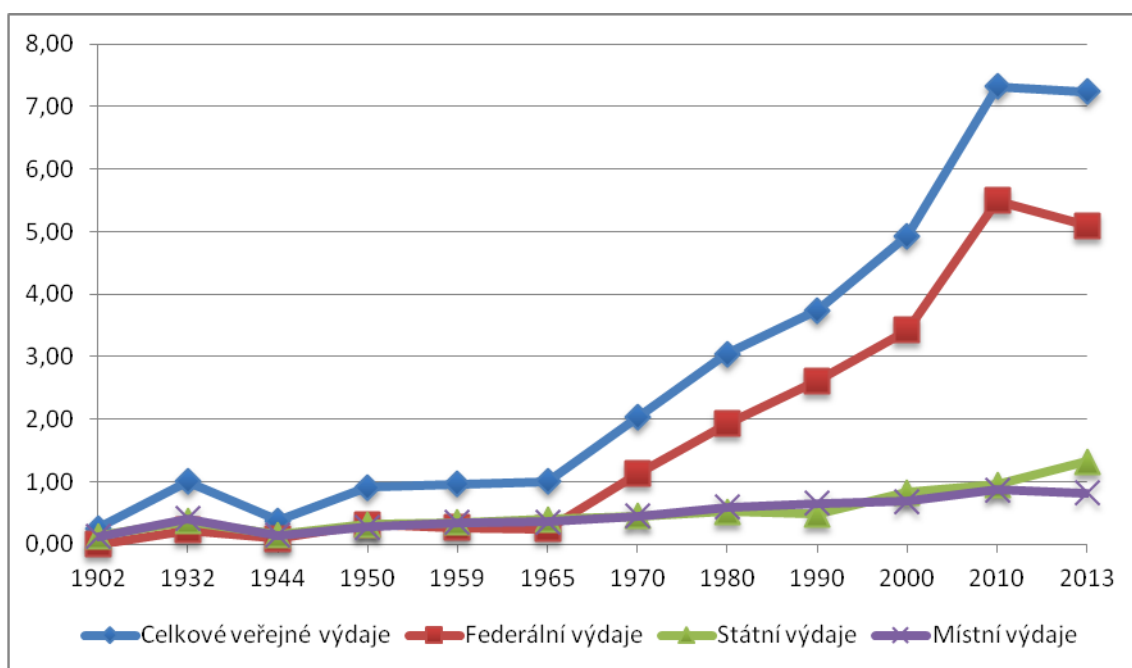
Veřejné výdaje na zdravotní péči byly v polovině šedesátých let 1 % HDP. Federální vláda utratila asi 0,24 % HDP, státní vlády asi 0,4 % HDP a místní vlády okolo 0,36 % HDP. V roce 1965 Kongres schválil Medicare (federální program zdravotní péče pro Američany starší 65 let - viz. výše) a Medicaid (společný federální a státní program zdravotní péče pro chudé - viz výše) a od té doby výdaje na zdravotní péči trvale rostly mnohem rychleji než HDP. [31]

V roce 1970 se celkové veřejné výdaje zdravotní péče zdvojnásobily na 2 % HDP (federální 1,13 % HDP, státní 0,45 % HDP a místní také 0,45 % HDP) oproti roku 1965, kdy byly založeny programy Medicare a Medicaid. Tyto programy učinily ze zdravotní péče největší vládní program ve Spojených státech. [31]

V roce 1980 celkové veřejné výdaje na zdravotnictví dosáhly již 3 % HDP (federální 1,93 % HDP, státní 0,52 % HDP a místní 0,59 % HDP). V roce 1990 pak celkové výdaje na zdravotní péči dosáhly 4 % HDP (federální 2,61 % HDP, státní 0,48 % HDP a místní 0,65 % HDP). [31]

V roce 2000 celkové veřejné výdaje na zdravotnictví dosáhly 5 % HDP (federální 3,42 % HDP, státní 0,83 % HDP a místní 0,68 % HDP). Za další desetiletí v roce 2010 již celkové veřejné výdaje na zdravotnictví přesáhly úroveň 7 % HDP (federální 5,5 % HDP, státní 0,95 % HDP a místní 0,87 % HDP). V roce 2013 pak činily federální výdaje 5,1 %, státní 1,32 % a místní 0,82 % HDP. Celkové vládní výdaje tak v roce 2013 vůči HDP poklesly, což bylo zapříčiněno nižší nezaměstnaností a tím ovlivněným vyšším výběrem soukromého pojištění. [31]

Obrázek 13 Veřejné výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP (v procentech)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z usgovernmentspending.com, 2015

3.3.2 Pojišťovny

Zdravotní pojišťovny uzavírají s pojištěnci smlouvy, které pokrývají všechny nebo část nákladů na zdravotní péči pro pacienta. Pojistky je možné zakoupit jednotlivě nebo prostřednictvím zaměstnavatele. Pojišťovny pak fungují jako zprostředkovatelé. Zdravotní pojišťovny přijímají platby od zaměstnavatelů, jednotlivců a vlády a tyto peníze pak posílají poskytovatelům zdravotní péče, jako jsou lékárny, lékaři a nemocnice. Část z vybraných prostředků použijí na úhradu svých nákladů a případný

zisk. Největším poskytovatelem zdravotního pojištění v Americe je v podstatě vláda Spojených států, která tak činí prostřednictvím programů. [50]

Zdravotní pojišťovnictví je velmi velký a integrovaný průmysl v ekonomice USA. Zdravotní pojišťovny se snaží kontrolovat lékaře a nemocnice v oblasti zdravotní péče a nákladů na ni. Zdravotní společnosti patří mezi nejdůležitější subjekty amerického systému zdravotní péče. [32]

Zdravotní pojišťovny mají různé podoby a nabízejí rozmanité produkty, čímž si navzájem konkurují, stejně jako podniky v jiných odvětvích. [71] Na druhou stranu se jedná o podnikatelský obor, kde spotřebitel (osoba, která přijímá zdravotní péči) nemá aktivní roli v rozhodovacím procesu a poskytovatel zdravotní péče nemá žádné slovo v otázce odměňování za poskytnuté služby. Zdravotní pojišťovny stanovují struktury odměňování udělované poskytovatelům za konkrétní služby a nastavují pravidla pro spotřebitele o využívání služeb, a tím zdravotní pojišťovny získávají kontrolu nad zdravotnictvím. [32]

Existuje mnoho kategorií zdravotních pojišťoven a produktů nabízených spotřebitelům, ale zdravotní pojišťovny mohou být rozděleny na základě struktury plátců. Mezi plátce patří soukromé společnosti, jednotlivci a vládní subjekty. Mnoho zdravotních pojišťoven se zaměřuje na všechny typy plátců, ale některé se specializují na jednotlivé kategorie. Největší zdravotní pojišťovny v USA mají obecně různorodé portfolio plátců, i když na některé může být kladen větší důraz a zaměření. Pojišťovny se snaží specializovat své nabízené produkty a poskytovat služby, které splňují požadavky pojištěnců, ve snaze získat jejich velký počet. [32]

Dobře rozložené portfolio plátců je velmi důležité, protože často poukazuje na rizika a načasování peněžních toků a ziskovosti. Obecně platí, že vládní subjekty (Medicare, Medicaid a další) jsou považovány za největší plátce, ale jejich platby přicházejí pomalu a mohou zvýšit riziko ztráty likvidity. Jednotlivci jsou obecně považováni za nespolehlivý zdroj, naopak soukromé společnosti mají tendenci být nejvíce stabilní. [32]

I trh zdravotních pojišťoven prochází velkými změnami v reakci na přijetí nového zákona. Zákon Obamacare (viz níže) dává možnost mnoha lidem změnit pojistný plán a tím pádem i pojišťovnu. Zdravotní systém v USA je jedinečný mezi rozvinutými ekonomikami, a to svou závislostí na soukromém pojištění. [32]

Ve zdravotním pojišťovnictví v USA pracuje mnoho občanů a růst zaměstnanosti v tomto oboru byl mnohem vyšší než u poskytovatelů zdravotní péče. Samozřejmě, že správa všech těchto lidí je velmi nákladná, a pojišťovny, drženy v soukromém vlastnictví, chtějí vytvářet zisk. Obamacare ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost utratit minimálně 80 % vybraného pojistného na zdravotní péči, z čehož vyplývá, že přinejmenším některé zdravotní pojišťovny měly režijní výdaje a zisk převyšující 20 %. To je jeden z hlavních důvodů vysokých pojistek, a tím pádem nákladů pro jednotlivce. [32] [33]

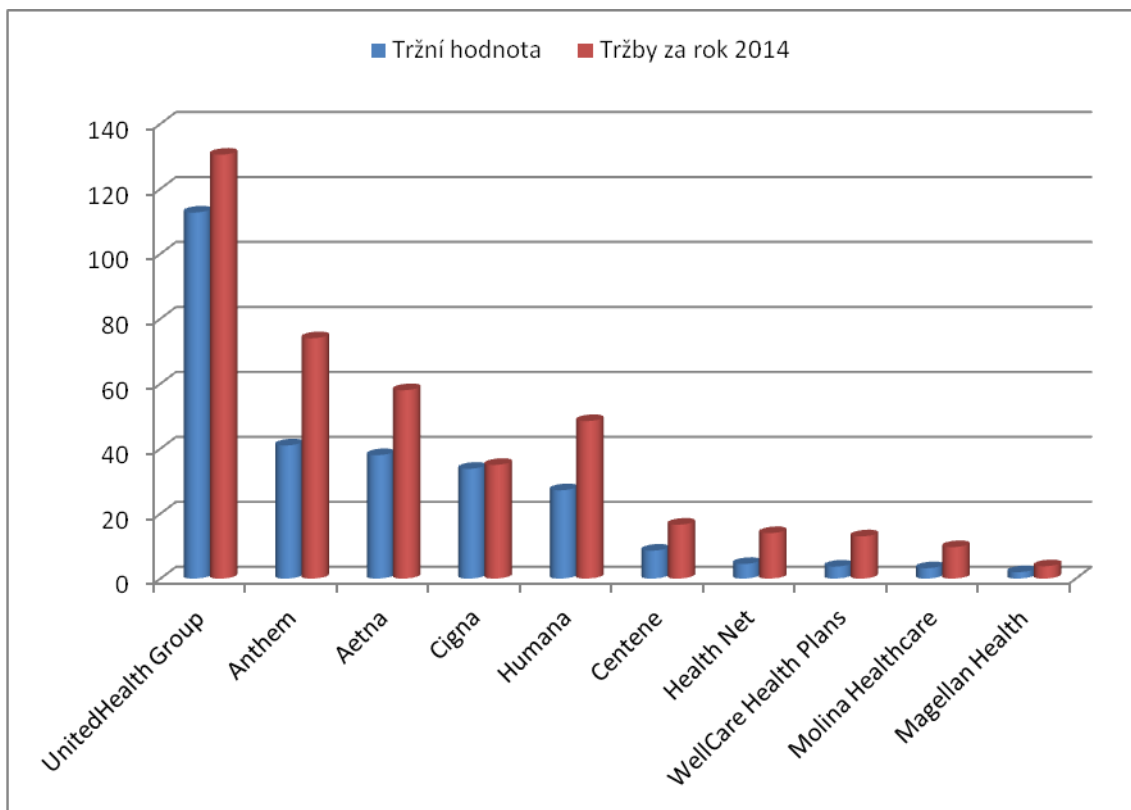
Na americkém trhu se nachází mnoho zdravotních pojišťoven. Mezi největší patří UnitedHealth Group, Anthem, Aetna, Cigna, Humana, Centene, Health Net, WellCare Health Plans, Molina Healthcare a Magellan Health. [34]

Tabulka 6 Srovnání největších zdravotních pojišťoven v USA (v miliardách \$)

	Tržní hodnota	Tržby za rok 2014
UnitedHealth Group	112,7	130,5
Anthem	41	74
Aetna	38	58
Cigna	33,8	35
Humana	27,2	48,5
Centene	8,6	16,6
Health Net	4,5	14
WellCare Health Plans	3,7	13
Molina Healthcare	3,2	9,7
Magellan Health	1,98	3,8

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z forbes.com, 2015

Obrázek 14 Srovnání tržní hodnoty a tržeb za rok 2014 u největších pojišťoven USA (v miliardách \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z forbes.com, 2015

3.4 Řízená péče

Z důvodu větší efektivity, snížení nákladů a zajištění dostupnosti zdravotní péče pro více obyvatel funguje v USA řízená péče. Plány řízené péče upravují poskytování zdravotnických služeb jednotlivým členům, kteří výměnou za to přispívají do daného plánu. To znamená, že tyto plány zprostředkovávají poskytování zdravotnických služeb pacientům. [22] Mezi správce plánů řízené péče patří Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPOs) a Point of Service (POSs). [47]

Plány řízené péče začaly vznikat v devadesátých letech dvacátého století jako alternativa placení zdravotní péče. Účastníci plánu mohou čerpat služby od sítě schválených lékařů a nemocnic a platí náklady dle předem stanovených podmínek. [47] Důraz je kladen na prevenci, která je zpravidla poskytována bezplatně nebo za minimální poplatky a v konečném důsledku šetří finanční prostředky správcům řízené péče. [22]

Správci daného plánu hrají klíčovou roli v určení poskytovatele zdravotní péče, ale poplatky od pacientů jsou nižší než v případě sjednání individuálního pojištění. Oproti individuálnímu pojištění mají tedy pacienti menší svobodu při volbě poskytovatele zdravotní péče a menší kontrolu nad kvalitou a poskytováním péče. I v plánech řízené péče zůstává spoluúčast pacientů, je ale ovšem mnohem nižší. [22] [54]

3.4.1 HMOs

HMOs poskytují svým členům širokou škálu komplexních služeb zdravotní péče výměnou za fixní pravidelné platby. Ve většině případů si účastníci musí zvolit lékaře primární péče ze seznamu schválených dodavatelů, který obvykle zahrnuje internisty, pediatry a praktické lékaře. [54] Tito lékaři koordinují pro své pacienty všechny základní potřeby zdravotní péče a tímto způsobem se lékaři primární péče snaží odstranit zbytečné čerpání péče, které by způsobilo zvýšení nákladů plánu. [47] Jiný způsob, kterým HMOs usilují o snížení nákladů, je ten, že poskytují péči pouze v omezené zeměpisné oblasti. HMOs poskytují zpravidla zdravotní servis v okolí bydliště a nepokrývají návštěvy u lékařů nebo v nemocnicích mimo síť poskytovatelů, vyjma případů pohotovosti. [22]

HMOs mohou být rozděleny do čtyř organizačních modelů, které definují vztah mezi správcem plánu, lékaři a předplatiteli. V rámci prvního modelu HMO uzavírá smlouvy s nezávislými lékaři, kteří souhlasí s poskytováním služeb účastníkům plánu. Podle tohoto plánu správce zaplatí poskytovateli za pacienta a poplatek dle dané léčby. Druhý model je skupinový plán, kde skupina lékařů uzavře smlouvu se zadavatelem HMO. [22]

Třetí model pak sdružuje lékaře na základě odbornosti. Pacienti HMO pak čerpají tuto specializovanou zdravotní péči ze sítě daných specializovaných poskytovatelů. V posledním modelu HMO vlastní zdravotnická zařízení, lékaři a zdravotnický personál jsou zaměstnanci HMO a pobírají pravidelný plat. Tento typ uspořádání umožňuje největší kontrolu nad náklady, ale také s sebou nese nejvyšší pořizovací náklady. [22]

HMOs jsou zajímavé především pro malé a střední podniky, neboť jim nabízejí relativně nízké náklady, široké pokrytí a málo administrativní práce. Mnoho HMOs začalo zakládat od poloviny devadesátých let plány pro menší společnosti. HMOs jsou využitelné i jednotlivci, ale i některé větší organizace nenabízejí krytí zdravotní péče pro jednotlivce. Přestože zaměstnanci mají omezenou možnost vybrat si své vlastní

doktory, těží z nízkých přímých plateb, komplexních služeb, preventivní péče a méně častého vyplňování formulářů a žádostí. Mnoho HMOs také poskytuje další služby, jako například péči o zuby a oční vyšetření. [22] [47] [54]

3.4.2 PPOs

PPO kombinuje vlastnosti tradičních pojištění s těmi řízené péče. Při využívání PPO vyjednává správce slevy se zúčastněnými lékaři a nemocnicemi a jejich náklady jsou pak hrazeny na základě výkonů a pouze malou část tvoří předplacení. Pacienti si mohou obvykle vybrat z poměrně rozsáhlého seznamu lékařů a nemocnic. Pacient je povinen zaplatit stanovenou částku za návštěvu a pojistitel zaplatí zbytek. Výše spoluúčasti závisí na typu plánu, zjednodušeně lze říct, že čím vyšší pojistné, tím nižší výdaje na přímé platby. [22] [47] [54]

Hlavní rozdíl mezi PPO a HMO je, že uživatelé PPO mají stále možnost hledání zdravotní péče mimo síť lékařů a také nemocnici si mohou vybrat podle své volby. [47] Za využití lékařského zařízení mimo domluvenou síť poskytovatelů je obvykle pacientům účtována smluvní pokuta a procento nákladů hrazených od PPO se snižuje. Lékaři a nemocnice spolupracují s PPOs, protože poskytují okamžitou úhradu za služby a umožňují přístup k velké klientské základně. [22]

Stále existují pro pacienty omezení, která mají za cíl kontrolovat četnost návštěv a snižovat náklady na zdravotní péči, ale nejsou tak rozsáhlá, jako s typickou HMO. PPOs jsou oblíbenou volbou pro živnostníky nebo vlastníky velmi malých podniků, neboť vyžadují po zaměstnancích, aby platili větší procento svých vlastních nákladů na zdravotní péči. [22] [54]

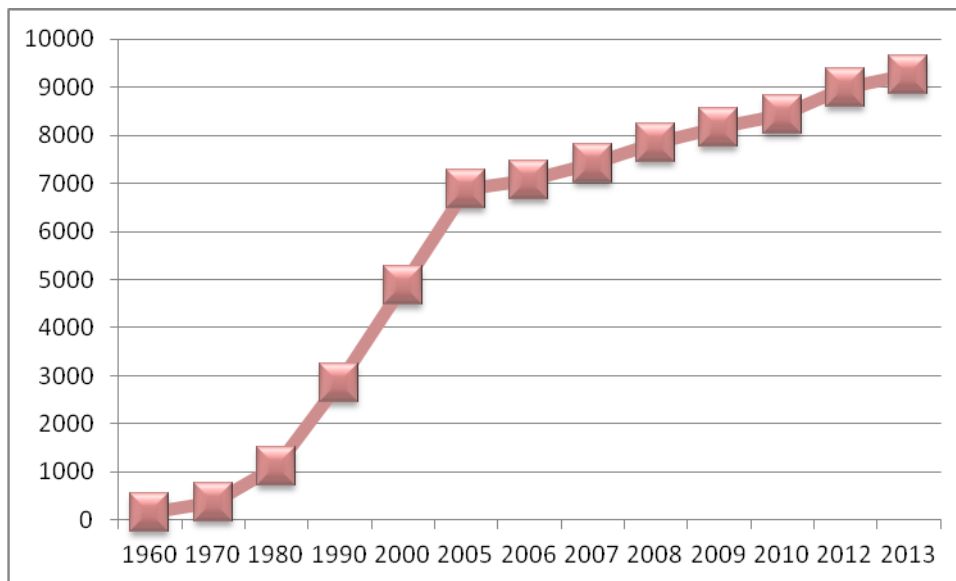
3.4.3 POSs

POS je jakýmsi hybridem modelu zdravotního pojištění, který kombinuje rysy HMO a PPO. Stejně jako u HMO nebo PPO, zaplatí pacient pouze spoluúčast za provedené služby nebo pojistné za sjednané služby v rámci sítě preferovaných poskytovatelů. [54] Na druhou stranu mají uživatelé POS možnost vyhledávat zdravotní péči mimo síť dodavatelů, v souladu s podmínkami tradičních pojišťovacích plánů, kde platí vyšší spoluúčast a poplatek za připojištění na využívání poskytovatele mimo síť. [22] [6]

4 Výdaje a zdroje v systému zdravotní péče USA

Národní výdaje na zdravotnictví v roce 2013 v USA vzrostly o 3,6 % a dosáhly 2,9 bilionu \$, což znamená 9 255 \$ na osobu. [51] Podíl výdajů věnovaných ekonomikou na zdravotní výdaje zůstal v roce 2013 na úrovni 17,4 %, kde se drží od roku 2009, neboť výdaje na zdravotnictví a hrubý domácí produkt USA rostou stejným tempem. Celkové národní výdaje na zdravotnictví i podíl výdajů na zdravotnictví vůči HDP od roku 1960 výrazně vzrostly, jak ukazují následující grafy. [35]

Obrázek 15 Národní výdaje na zdravotnictví na obyvatele v letech 1960 - 2013 (v \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z statista.com, 2015

4.1 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle typu služby nebo produktu

Nemocniční výdaje vzrostly o 4,3 % na 936,9 miliardy \$, což ve srovnání s rokem 2012 znamená růst o 5,7 %. [72] Nižší růst nemocničních výdajů v roce 2013 byl ovlivněn zpomalením růstu výdajů ze soukromého zdravotního pojištění a na Medicare a zároveň růst výdajů na Medicaid byl srovnatelný jako rok předtím. [35]

Výdaje na lékaře a klinické služby vzrostly o 3,8 % na 586,7 miliard \$, což znamenalo zpomalení růstu výdajů z 4,5 % v roce 2012. [72] Hlavní příčinou zpomalení růstu výdajů byl pomalejší růst cen. Růst výdajů na Medicare a soukromé zdravotní pojištění, dva největší plátcí lékařů a klinických služeb, byl pomalejší oproti roku 2012, zatímco růst Medicaid zrychlil v důsledku zvýšení plateb primární lékařské péče. [35]

Výdaje na další odborné služby dosáhly 80,2 miliard \$, což představovalo růst o 4,5 %. [72] Výdaje v této kategorii zahrnují výdaje nezávislých lékařů (kromě praktických lékařů a zubařů), kteří primárně poskytují služby jako fyzioterapie, optometrie nebo chiropraxe. [35]

Výdaje na stomatologické služby vzrostly o 0,9 % na 111,0 miliard \$. To představovalo pomalejší růst než v roce 2012, který činil 2,2 %. [72] Přímé platby pacientů na zubařské služby tvoří 42 % všech stomatologických výdajů a soukromé pojištění pak 47 %. Zatímco objem přímých plateb se zvýšil, výdaje ze soukromého pojištění poklesly. [35]

Cena ostatních zdravotních služeb, ústavní a osobní péče vzrostla o 5,8 % na 148,2 miliard \$. [72] Tyto služby zahrnují výdaje na zdravotnické služby, které jsou obecně poskytovány v netradičních prostředích, jako jsou školy, komunitní centra a pracoviště. Dále sem patří výdaje na ústavní péči o duševní zdraví a na léčbu v odvykacích zařízeních. [35]

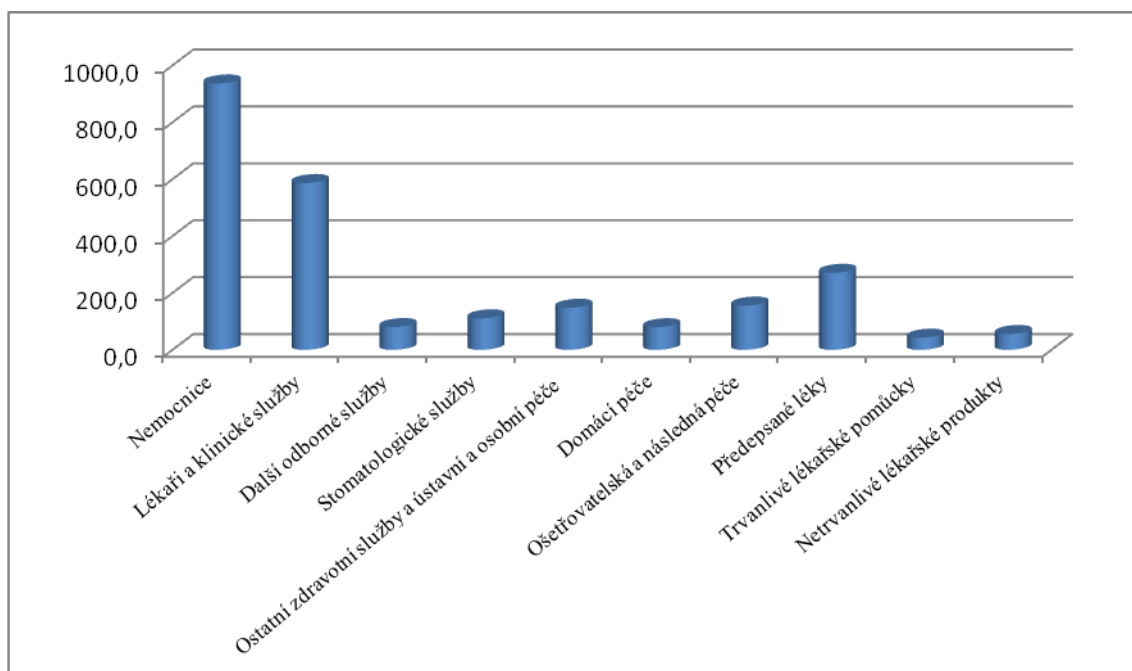
Dalším typem jsou výdaje na domácí zdravotní péči. Růst výdajů na agentury domácí zdravotní péče činil 3,4 % a celkové výdaje činily 79,8 miliard \$. [72] Oproti roku 2012 se růst výdajů na zdravotní péči zpomalil o více než 1 %, z důvodu pomalejšího růstu výdajů na Medicare. Výdaje na Medicare a Medicaid tvoří přibližně 80 % z celkových výdajů na domácí zdravotní péči. [35]

Výdaje na poskytování ošetrovatelské péče a následné péče vzrostly o 2,4 % na 155,8 miliard \$. [72] Výdaje na tato zařízení rostla rychleji než v roce 2012, což bylo způsobeno především zvýšením výdajů na Medicare. [35]

Výraznou skupinou výdajů jsou pak ty za předepsané léky. Výdaje na léky vzrostly o 2,5 % na 271,1 miliard \$, což byl o 2 % rychlejší růst než v roce 2012. [72] Rychlejší růst v roce 2013 byl důsledkem zvyšujících se cen značkových léků a vyššího objemu předepsaných léků. [35]

Výdaje na trvanlivé lékařské pomůcky rostly o 4,2 %, tedy pomaleji o 1,4 % než v roce 2012, a dosáhly 43 miliard \$. [72] Výdaje v této kategorii zahrnují položky jako jsou kontaktní čočky, brýle a naslouchátka. Výdaje na ostatní netrvanlivé lékařské produkty, například volně prodejné léky, lékařské nástroje a chirurgické obvazy, zaznamenaly růst o 4,0 % na 55,9 miliard \$. [35]

Obrázek 16 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle typu služby nebo produktu (v miliardách \$)

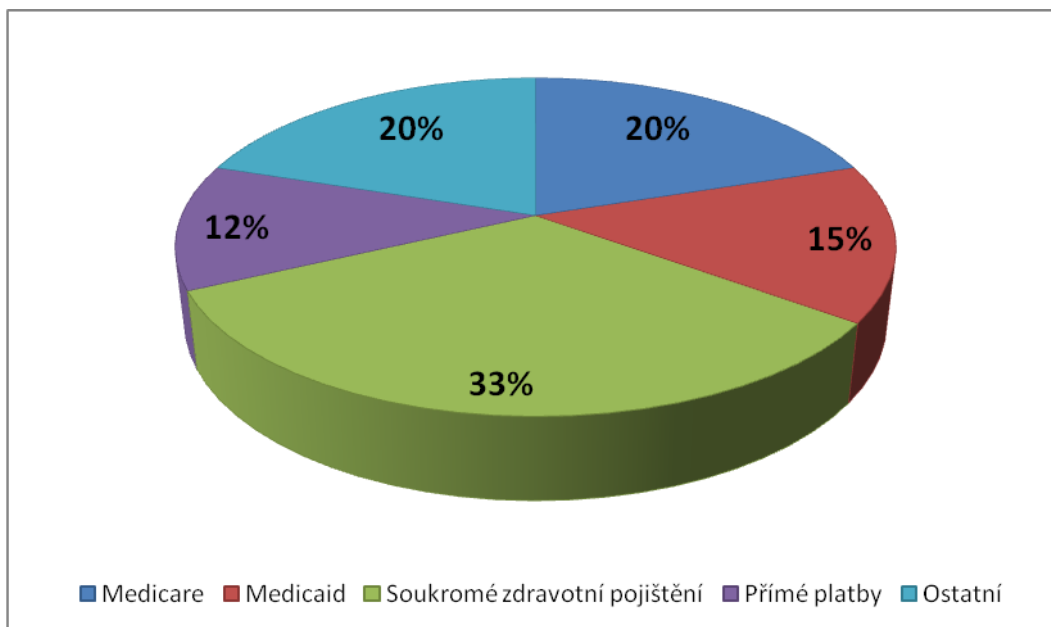


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z cms.gov, 2015

4.2 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle hlavních zdrojů financování

Tyto výdaje lze rozdělit do čtyř velkých skupin, a to na výdaje na Medicare, Medicaid, výdaje ze soukromého pojištění a výdaje hrazené přímými platbami. Tyto čtyři hlavní skupiny výdajů tvoří dohromady přes 80 % všech výdajů na zdravotnictví v roce 2013, což znamená 2,34 bilionů \$. [35]

Obrázek 17 Rozdělení výdajů na zdravotnictví podle zdroje financování produktu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z cms.gov, 2015

Výdaje na Medicare, které představovaly 20 % z národních zdravotních výdajů v roce 2013 vzrostly o 3,4 % na 585,7 miliard \$, což bylo zpomalení růstu z 4 % v roce 2012. [73] Toto zpomalení bylo přisuzováno dopadům zákona Obamacare. [35]

Celkové výdaje na Medicaid, které tvoří 15 % z národních výdajů na zdravotnictví, rostly o 6,1 % na 449,4 \$, což znamenalo zrychlení růstu o více než 2 % oproti roku 2012. Federální výdaje na Medicaid se zvýšily o 6,2 %, zatímco státní a místní výdaje na Medicaid rostly o 5,9 %. [35] [73]

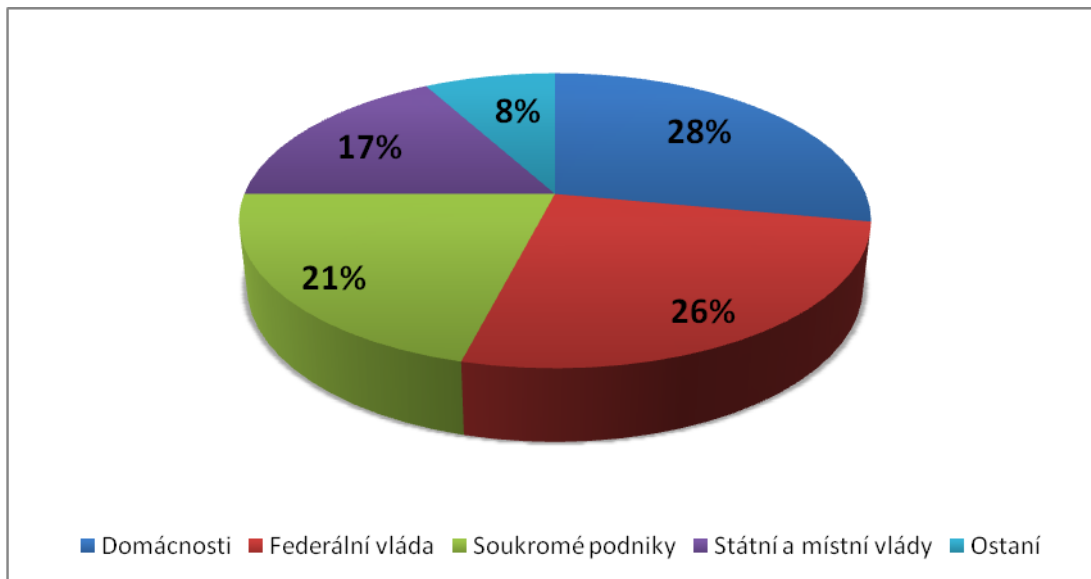
Celkové náhrady ze soukromého zdravotního pojištění činily 961,7 \$, což představovalo 33% podíl výdajů na zdravotnictví. Oproti roku 2012 se jednalo o zpomalení růstu ze 4 % na 2,8 %. Přímé platby (představovaly 12 % z národních výdajů na zdravotnictví) vzrostly o 3,2 % na 339,4 miliard \$, což bylo zpomalení růstu o 0,4 % oproti roku 2012. [35] [73]

4.3 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle subjektu odpovědného za financování zdravotní péče

Hlavními subjekty, které tvořily celkem 92 % národních výdajů na zdravotnictví, jsou domácnosti (největší podíl výdajů ve výši 28 %), federální vláda (26 %), soukromé podniky (21 %) a státní a místní samosprávy (17 %). Tyto subjekty platí pojistné nebo

se na financování zdravotnictví podílejí přímými platbami nebo prostřednictvím daní. [35]

Obrázek 18 Rozdělení výdajů na zdravotnictví podle subjektu financování produktu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z cms.gov, 2015

Výdaje domácností na zdravotnictví vzrostly o 2,8 %, tedy o 2 % pomaleji než v roce 2012. [74] Pomalejší růst nastal kvůli nízké míře zvýšení příspěvků od zaměstnanců na soukromé zdravotní pojištění. Tento pomalejší růst v roce 2013 navíc přispěl k tomu, že podíl domácností na výdajích na zdravotnictví zůstal stabilní na 28 %, kde se pohyboval již roku 2010. [35]

Výdaje federální vlády na zdravotní péči vzrostly o 3,5 %, což byla výrazná změna, neboť v roce 2012 tyto výdaje poklesly o 0,2 %. [74] Rychlejší růst byl ovlivněn především zvýšením plateb pro lékaře primární péče v rámci programu Medicaid. Výdaje státních a místních samospráv v roce 2013 vzrostly o 3,2 %. Tento nárůst následoval silné růsty 6,3 % v 2012 a 9,3 procenta v roce 2011, které byly velkou měrou způsobeny snížením federálních prostředků na Medicaid pro jednotlivé státy. [35]

Výdaje na zdravotní péči financované soukromými podniky vzrostly o 4,0 %, což představovalo mnohem vyšší růst, než byl 0,7% průměrný nárůst v průběhu let 2008 - 2010 způsobený recesí, a tím snížením počtu pracovních míst. [35] [74]

5 The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)

The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) je oficiální název zákona USA na ochranu pacientů a o cenově dostupné péči. Někdy je nazýván zkráceně jen The Affordable Care Act (ACA) nebo je mu také přezdíváno Obamacare. Přezdívku Obamacare dostal zákon díky důraznému prosazování prezidentem demokratické strany Barackem Obamou. Reforma upravuje problematiku zdravotní péče a zdravotního pojištění USA. [36]

Zákon si klade za cíl zvýšit kvalitu a dostupnost soukromého a veřejného zdravotního pojištění pro více než 44 milionů nepojištěných Američanů prostřednictvím svých mnoha ustanovení, která zahrnují nové předpisy, daně, mandáty a dotace. Zákon funguje také k omezování růstu výdajů na zdravotní péči v USA, která stoupala neudržitelným tempem. [36]

PPACA zavádí nová práva, výhody a ochrany pacientů. Eliminuje diskriminaci z důvodu pohlaví, která vedla k nižšímu krytí nebo zvýšení ceny pojistného, možnost mladých lidí být v pojistných plánech svých rodičů až do věku 26 let, ochrana před neodůvodněným zvyšováním sazeb, více práv na odvolání proti rozhodnutí pojišťovací společnosti, posílení Medicare a zákaz snižování pojistného krytí na základě častých nemocí nebo neúmyslně špatně vyplněné žádosti. [36]

PPACA obsahuje také nová ustanovení, která rozšiřují pokrytí pojištění a zároveň ho dělají cenově dostupnější. K tomu přispívá vytváření tržišť se zdravotním pojištěním (Health Insurance Marketplaces), což umožňuje občanům porovnávat pojišťovací plány, a tím snížit náklady na zdravotní pojištění. Snížit náklady lze zpravidla třemi způsoby, a to získáním daňové úlevy, dotace na sdílení nákladů anebo zařazením do rozšířeného programu Medicaid. Ustanovení také zpřesňují postavení a povinnosti zaměstnavatelů. [36] [79]

Naopak povinností obyvatel USA je, že každý, kdo si může zdravotní pojištění dovolit, si ho musí zřídit a udržovat. Podle zákona má každý obyvatel Spojených států amerických právo nakupovat zdravotní pojištění na online tržišti zdravotního pojištění svého státu. Na těchto on-line tržištích mohou Američané pořizovat regulované zdravotní pojištění a Američané s nízkými nebo středními příjmy mohou získat příspěvky k nákladům na pojištění (cost assistance). [36] [79]

Tržiště tedy pomáhá prozkoumat všechny dostupné politiky a vybrat tu správnou pro žadatele a jeho rodinu. Náklady na zdravotní pojištění prostřednictvím tržiště závisí na příjmu, takže pouze ti, jejichž příjem je nižší než 400% federální hranice chudoby, mohou využívat příspěvky k získání levného zdravotního pojištění. Pokud má zaměstnanec přístup k cenově dostupnému pojištění od zaměstnavatele, pak nemá možnost žádat o příspěvek. Při využívání Medicare není možno mít zároveň soukromé pojištění a využívat příspěvků prostřednictvím tržiště. [36] [79]

Obamacare nevytváří soukromé nebo veřejné zdravotní pojištění, ale pouze ho rozšiřuje a vylepšuje možnosti veřejného zdravotního pojištění, jako jsou Medicaid a Medicare. ACA také vytváří dotované a regulované trhy, kde Američané mohou koupit soukromé zdravotní pojištění. [36]

Rozšíření Medicaid a sdílení nákladů (dotovány daňovými poplatníky) bylo kritizováno za podporu lidí, kteří nechtějí pracovat. Tato kritika je vládou vyvracena jako neopodstatněná. Většina z nově pojištěných jsou pracující, chudé rodiny, které si nemohly dříve dovolit zdravotní pojištění, a lidé, jejichž pojištění bylo dříve příliš drahé. Ti, kteří nemohou nebo nechtějí pracovat, již měli ve většině případů přístup k Medicaid. [36]

Mezi výrazné změny, které přináší Obamacare, patří zavádění nových daní (včetně poplatku pro lidi, kteří si nezajistí pojištění) a odstupňování příspěvků na pojištění od státu dle příjmů. Ti, kteří dosáhnou na příspěvek, pak odvádějí na základě svého příjmu 0 - 9,5 %. To v konečném důsledku může pro část obyvatel USA znamenat, že na pojištění zaplatí více než před zavedením reformy. [36] [79]

PPACA si tedy klade za cíl poskytnout více lidem přístup k cenově dostupnému zdravotnímu pojištění, které zaručí kvalitní zdravotní péči, ale zároveň lidé celkově zaplatí na pojistném více. Obecně platí, že čím méně vyděláváte, tím méně platíte. Avšak bez ohledu na to, kolik je odváděno z platu na zdravotní pojištění, je dán nárok na nové výhody, práva a ochrany, které zákon zajišťuje. Podle nových zákonů nemůže být snižováno pojistné krytí nebo upravován zdravotní plán na základě jeho častého užívání a nemocnosti. [36] [79]

Zákon od počátku vyvolával mezi obyvateli USA emoce a reforma zdravotnictví byla jedním z hlavních témat prezidentských voleb v roce 2008. V nich uspěl demokratický kandidát Barack Obama a reformu zdravotnictví prosadil. Republikánská strana se

pokusila zrušit Obamacare více než padesátkrát. PPACA byl s několika připomínkami a změnami potvrzen u Nejvyššího soudu. Změny zahrnovaly větší pravomoc pro jednotlivé státy v oblasti poskytování Medicaid a úpravy poplatků a daní. [36]

5.1 Vliv Obamacare na Medicare

Obamacare zavádí některé změny v programu Medicare, ale nenahrazuje ho. Medicare není součástí tržiště se zdravotním pojištěním, takže uživatelé Medicare by si tento způsob pojištění měli ponechat, neboť i tak budou mít stále všechny nové výhody, práva a ochrany, které přináší Obamacare do programu Medicare. To znamená, že účastníci Medicare nemusejí provádět žádné změny. [38]

Jak již bylo zmíněno, Obamacare reformuje program Medicare s cílem zlepšit péči o seniory. Dále zvyšuje hranici krytí, od které si musejí senioři platit za své recepty sami, neboť mnoho seniorů si nemohlo dovolit tyto výdaje. V roce 2012 senioři dostali 50% slevu při nákupu značkových léků a 14% slevu na generické léky obsažených v Medicare. Tyto slevy se zvyšují každým rokem a zároveň se zvyšuje pokrytí, do roku 2020 by měly limity vymizet úplně. Od tohoto roku budou senioři platit pouze za obvyklé léky, které nejsou součástí Medicare. [38] [78]

Obamacare rozšiřuje stávající pokrytí pro seniory, včetně preventivní péče a wellness návštěv. Senioři již nebudou muset odkládat preventivní péči a kontroly kvůli nákladům. Tato reforma působí od roku 2011 a poskytuje seniorům lepší přístup k odhalování rakovin, wellness pobytům, individuálním preventivním plánům, očkovacím látkám a dalším službám. [38] [78]

Obamacare také zavádí nové iniciativy na podporu koordinace péče a poskytuje lékařům dodatečné zdroje na zjištění konzistentnosti péče. Poskytovatelé zdravotní péče také mohou získat bonusy za hospodárné využívání Medicare. Kontrolovány jsou také výdaje na Medicare, které v současné době způsobují zátěž pro daňového poplatníka. Např. Medicare Advantage je řízena soukromými pojistiteli a stojí 1000 \$ a více na osobu. [38]

Vláda USA očekává, že tyto změny sníží výdaje Medicare na osobu a přispějí k lepšímu zdraví obyvatelstva díky snižování nákladů na léky a bezplatným preventivním službám. Reforma výrazně pomáhá seniorům a řeší Medicare více než jakoukoli jinou oblast. I právě proto je ta část reformy zabývající se Medicare kritizována, ale vláda přesto věří, že bude pro seniory prospěšná. [38]

Vláda již prezentuje některé přínosy reformy v oblasti Medicare, a dokonce tvrdí, že v některých oblastech je reforma úspěšná až nad očekávání. Dle zprávy z roku 2014 došlo ke zpomalení růstu nákladů na osobu, k rozšíření svěřeneckého fondu, trajektorie celkových výdajů na Medicare rostla mnohem méně než se očekávalo v predikcích, senioři ušetřili více než 10 miliard \$ na léčích, bylo posíleno partnerství mezi poskytovateli a pacienty, došlo ke snížení opětovných hospitalizací v nemocnicích a vznikly nové organizace odpovědné za kvalitu a náklady péče (v současnosti pečují o více než 5 milionů příjemců Medicare). Ustanovení zákonů také omezuje plýtvání a podvody díky spolupráci ministerstev zdravotnictví a spravedlnosti. [38]

5.2 Vliv Obamacare na Medicaid

Změny v programu Medicaid a jeho rozšíření jsou jedním z největších mezníků v reformě zdravotnictví. Expanze Medicaid by měla zajistit pojištění pro nejchudší obyvatele USA a snížit tak počet nepojištěných Američanů téměř o polovinu. Avšak změna zákona také zapříčiní, že Medicaid budou muset opustit miliony pracujících rodin. [37]

Zákon nejprve požadoval po jednotlivých státech, aby poskytovaly pokrytí každému s příjmem menším než 133 % federální úrovně chudoby, a pokud tomu tak nebude, stát ztratí federální prostředky na Medicaid. Nicméně toto ustanovení bylo v průběhu soudního sporu Nejvyšším soudem změněno. Státy se nyní mohou rozhodnout neúčastnit se expanze Medicaid, to ovšem může znamenat nemožnost pojištění pro mnoho pracujících, chudých rodin. V případě, že se daný stát nepřipojí k expanzi Medicaid, jsou jeho obyvatelé, kteří nejsou do Medicaid přijati, osvobozeni od poplatku za nepojištění. [37] [79]

Jak již bylo zmíněno, Medicaid je společný federální a státní vládou financovaný program, který poskytuje zdravotní péči pro více než 60 milionů Američanů s nízkými příjmy. Každý stát má odlišné požadavky způsobilosti pro Medicaid na základě příjmů, věku, pohlaví, počtu vyživovaných osob a dalších specifických požadavků. Některé státy mají velmi úzké požadavky způsobilosti pro Medicaid, které ponechávají mnoho pracujících dospělých nepojištěných. [37]

V případě, že daný stát neexpandoval Medicaid, mají jeho obyvatelé nárok na dotace prostřednictvím tržiště (viz výše), pokud jsou jejich příjmy v rozmezí 100 - 400 % federální hranice chudoby. Před rozšířením Medicaid se mnoho států soustředilo na lidi

bez příjmů, expanze Medicaid cílí především na pojištění chudých pracujících a jejich rodin. [37]

Nejčastějším důvodem nepojištění rodin je cenová náročnost pojištění. Změny v programu Medicaid pomáhají vykrývat mezeru mezi současnou Medicaid způsobilostí a mezi soukromým pojištěním prostřednictvím tržištních dotací. Pokud by všechny členské státy USA přistoupily na rozšíření Medicaid, pak by se snížil počet nepojištěných Američanů zhruba o polovinu. Vzhledem k tomu, že 24 členských států nerozšířilo Medicaid, bude dle vládních odhadů z tohoto důvodu 5,7 milionů lidí v roce 2016 nepojištěných. [37]

Právě nepojištění v současné době stojí nemocnice miliardy za nezaplacené účty. Tyto náklady jsou pak nepřímo hrazeny daňovými poplatníky, kterým se stále zvyšují pojistky. Díky Medicaid se miliony Američanů budou moci dostat ke zdravotní péči dříve, než budou nuceni používat nákladné pohotovostní služby. Rozšiřování Medicaid však není jednoduché a pouze 54 % potenciálně způsobilých dospělých si je vědomo Medicaid expanze podle zákona o cenově dostupné péči. [37]

Spolková vláda hradí 100 % nákladů expanze v prvních třech letech a 90 % v dalších letech do roku 2022, což znamená, že členské státy šetří díky rozšíření Medicaid finanční prostředky. I nadále probíhá politický souboj mezi dvěma nejsilnějšími stranami USA a většina států, které se rozhodly neúčastnit Medicaid expanze (kromě Vermontu a Montany), měly republikánského guvernéra. Obecně však platí, že státy, které se rozhodly pro expanzi, mají nejvyšší počet nepojištěných, což by mělo vést k výraznému snížení nezaplacených účtů za léčbu. [37]

Náklady jsou nejčastěji citovaným důvodem, proč nerozšiřovat Medicaid. Toto tvrzení je sporné, a samozřejmě, že čím vyšší je počet nepojištěných, kteří mají nárok na Medicaid, tím vyšší jsou náklady na pokrytí. Na drahou stranu nepojištění často neplatí léčebné výlohy a také odkládají léčbu, což může vést k mnohem nákladnější následné péči. Na závěry a případnou podrobnou analýzu, kolik šetří nebo nešetří změny v programu Medicaid finančních prostředků, je ještě stále příliš brzy. [37]

Způsobilost pro Medicaid expanzi rozhoduje stát. Ve státech, které přijaly Medicaid expanzi, mohou využívat Medicaid všechny osoby s trvalým pobytem, které vydělávají méně než 15 302 \$ (pro jednotlivce) nebo např. 31 155 \$ (pro rodinu se čtyřmi členy). Naopak ve státech, které nemají Medicaid expanzi, má způsobilost pro využívání

Medicaid pouze velmi omezený průřez populace s příjmy na úrovni 50 % federální hranice chudoby. [37]

V minulosti při žádosti o přijetí do Medicaid bylo nutné splňovat kromě povinnosti nízkého příjmu určitá kritéria, jako například těhotenství, mít dítě nebo být zdravotně postižen. Ve státech, které zavedly expanzi, je jediným hlavním požadavkem příjem, který činí méně než 133% federální hranice chudoby. [37]

Tabulka 7 Hodnoty federální úrovně chudoby a způsobilosti pro Medicaid

Počet osob v domácnosti	Federální úroveň chudoby	Způsobilost pro Medicaid
1	11 670 \$	16 105 \$
2	15 730 \$	21 707 \$
3	19 790 \$	27 310 \$
4	23 850 \$	32 913 \$
5	27 910 \$	38 516 \$
6	31 970 \$	44 119 \$
7	36 030 \$	49 721 \$
8	40 090 \$	55 324 \$

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z obamacarefacts.com, 2015

Zákon se také snaží odbourat největší nevýhody Medicaid, mezi které patří omezený přístup ke zdravotní péči, nízká kvalita zdravotní péče a malé pokrytí a nízké platy lékařů. Reforma se snaží zvýšit platy lékařům a zvýšit platby na programy Medicaid, které nabízejí bezplatné nebo velmi levné preventivní služby. Nové bezplatné preventivní služby zahrnují testy na vysoký krevní tlak, cukrovku a vysoký cholesterol. Dále rakovinové projekce, včetně kolonoskopie a mamografie, poradenství k boji proti nadváze, kouření nebo alkoholu, rutinní očkování a další služby. [37]

5.3 Náklady na Obamacare

V současné době jsou čisté náklady na Obamacare do roku 2025 odhadovány na 1,207 bilionů \$. To zahrnuje náklady dané ustanoveními z Obamacare a souvisejícími s pojištěním, ale nebere v úvahu veškeré náklady na omezující opatření. Na druhou stranu řada faktorů, jako jsou daně, poplatky a pokuty by měly v období 2012-2021 snížit federální deficit o 210 miliard \$. [39]

Do čistých nákladů jsou tedy započítávány subvence poskytované prostřednictvím tržiště, rozšíření Medicaid a CHIP a daňové úlevy pro zaměstnavatele. Náklady snižují

ustanovení o příjmech, jako jsou penále, spotřební a další daně. Čisté náklady nezahrnují další reformy, které by měly přispívat ke klesajícímu trendu nákladů na zdravotní péči, včetně mnoha reforem souvisejících s Medicare. Výdaje Medicare se počítají zvláště v rozpočtových projekcích, ale reforma Medicare zahrnuje převážnou část zákona. [39]

I přes vysoké náklady spojené s Obamacare rostly v roce 2015 výdaje na zdravotní péči nejpomaleji od roku 1960. Navíc vzhledem k ustanovením o pojistném v roce 2014 získalo 6 z 10 Američanů své pojištění prostřednictvím tržiště za méně než 100 \$ měsíčně a průměrná cena pojistného plánu po započítání příspěvků byla 82 \$ měsíčně. [39] [75]

Obamacare je hrazena z vybraných daní, penále a výdajových škrtů v odvětví zdravotní péče. Tyto peníze jsou použity na financování programu, dotování zdravotního pojištění, zlepšení Medicare a rozšíření Medicaid. [39] [75]

Náklady pro občany USA na získání Obamacare plánů závisí na kvalitě vybraného plánu. Nejméně nákladný plán, tzv. bronzový plán, pokrývá 60 % nákladů na zdravotní péči a nabízí základní ochrany. Plány mají čtyři úrovně, od základní "bronzové" (60%), přes "stříbrnou" (70%) a "zlatou" (80%), až k "platinové" (90%). Každý plán má postupně lepší výhody a širší síť poskytovatelů zdravotní péče a každý je postupně dražší. Průměrná celostátní cena bronzového plánu je asi 250 \$ za měsíc před započítáním příspěvků, které snižují cenu na 82 \$ měsíčně. Celkový roční poplatek za nepořízení pojištění nemůže být vyšší než průměrná cena bronzové plánu. [39] [76]

5.4 Daně a poplatky v Obamacare

Nová ustanovení související s daněmi v zákoně Obamacare zahrnují zvýšení daní, změny hranic odpočtů, daňové úlevy a další změny. Zatímco několik změn přímo ovlivňuje většinu obyvatel USA, zvýšení daní se týká především vysoko příjmových skupin (příjem přes 200 000 \$ ročně jako jednotlivec nebo 250 000 \$ jako rodina), větších podniků (majících 50 a více zaměstnanců) a zdravotních pojišťoven. [40]

Naopak daňové úlevy se týkají především nízko až středně příjmových Američanů a malých podniků (majících méně než 25 zaměstnanců na plný pracovní úvazek), které navíc nejsou povinny nabízet zdravotní pojištění svým zaměstnancům. Pro většinu Američanů se zdravotním pojištěním se procento z příjmů placené na daních změní jen velmi nepatrně, nebo vůbec. Jednotlivec má nárok na příspěvek, pokud splňuje všechny

následující podmínky: zakoupení zdravotního pojištění přes tržiště, nezpůsobilost pro pokrytí prostřednictvím zaměstnavatele nebo některého vládního programu, nízký příjem, podání společného daňového přiznání s manželem nebo manželkou a nemožnost zaopatření jinou osobou. [40] [77]

Většina Američanů bez zdravotního pojištění bude primárně ovlivněna daňovými úlevami a požadavkem koupit si zdravotní pojištění. Nepojištěným jsou nabízeny příspěvky na pojistné náklady prostřednictvím tržiště, daňové úlevy, vyšší nárok na Medicaid nebo pojištění prostřednictvím zaměstnavatele. [77] Mladí dospělí mohou navíc zůstat v pojistném plánu svých rodičů až do věku dvaceti šesti let. Všechny tyto možnosti pro nepojištěné mají jejich počet minimalizovat. Roční poplatek za nepojištění je stanoven pro rok 2015 ve výši 325 \$ pro dospělou osobu a 162,5 \$ pro dítě (až 975 \$ pro rodinu) nebo 2 % z příjmu domácností. [40]

Velcí zaměstnavatelé pak musí své zaměstnance pojistit. Jinými slovy požadavky na povinné pojištění, rozšíření pojištění od zaměstnavatele a příspěvky spojené s hrazením nákladů na pojištění jsou hlavní ustanovení týkající se daní, které ovlivňují obyvatele USA. [40]

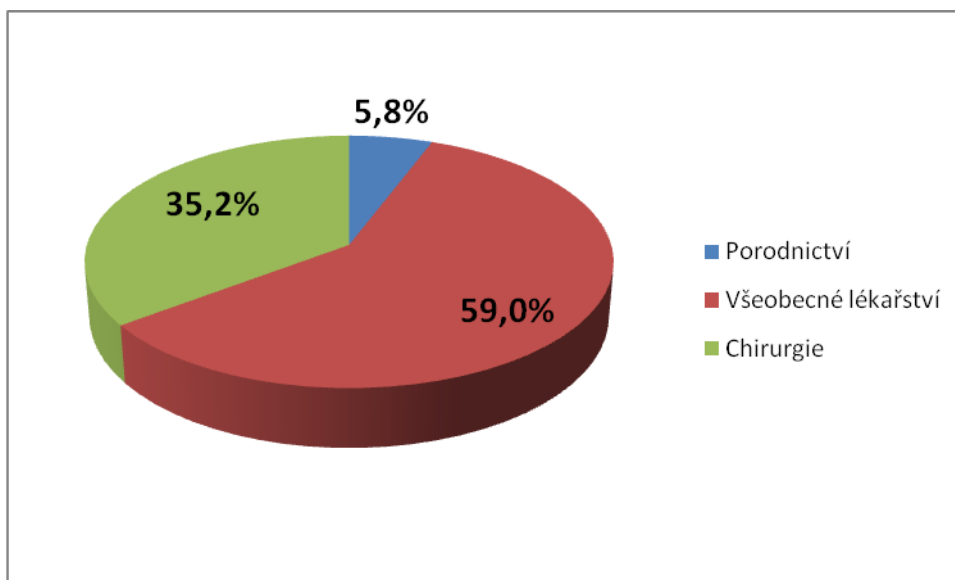
Obamacare tedy obsahuje nové výhody, práva a ochrany občanů. Také rozšiřuje přístup k cenově dostupnému zdravotnímu pojištění tím, že nabízí snížené pojistné prostřednictvím daňových úlev a rozšíření Medicaid a CHIP. Za předpokladu, že všechna daňová ustanovení budou účinná, příjmy vytvořené na těchto nových daní přispějí k pokrytí nákladů na reformu a snížení deficitu. [40]

6 Fungování konkrétní nemocnice

Pro příklad fungování konkrétní nemocnice jsem si vybral Community Hospital of the Monterey Peninsula. Daná kapitola je zpracována na základě Annual Report 2013 of Community of the Monterey Peninsula. Nemocnice byla založena v roce 1934 a rozrůstala se a vyvíjela v přímé reakci na měnící se zdravotnické potřeby lidí, kterým slouží. Jedná se o neziskového poskytovatele zdravotní péče s 258 licencovanými nemocničními lůžky a 28 kvalifikovanými ošetrovatelskými lůžky nabízejícího komplexní zdravotní péči od narození až do konce života. Zdravotní péči poskytuje v oblasti poloostrova Monterey a přilehlého okolí, kde sídlí hlavní nemocnice, ambulantní zařízení, satelitní laboratoře, klinika duševního zdraví, krátkodobě kvalifikované ošetrovatelské zařízení, hospic a obchodní kanceláře.

Klíčová pro fungování nemocnice jsou kvalitní doktoři. V Community Hospital of the Monterey Peninsula jich působí 365 s 49 specializacemi. Lékařský personál má široké zkušenosti a kvalitní vzdělání přesahující standardy běžné komunitní nemocnice. Zaměstnanci jsou absolventy nejlepších lékařských škol, a proto nemocnice může provozovat specializovaná oddělení od gastroenterologie přes ortopedii a neurologii až k onkologii.

Obrázek 19 Služby poskytované Community Hospital of the Monterey Peninsula

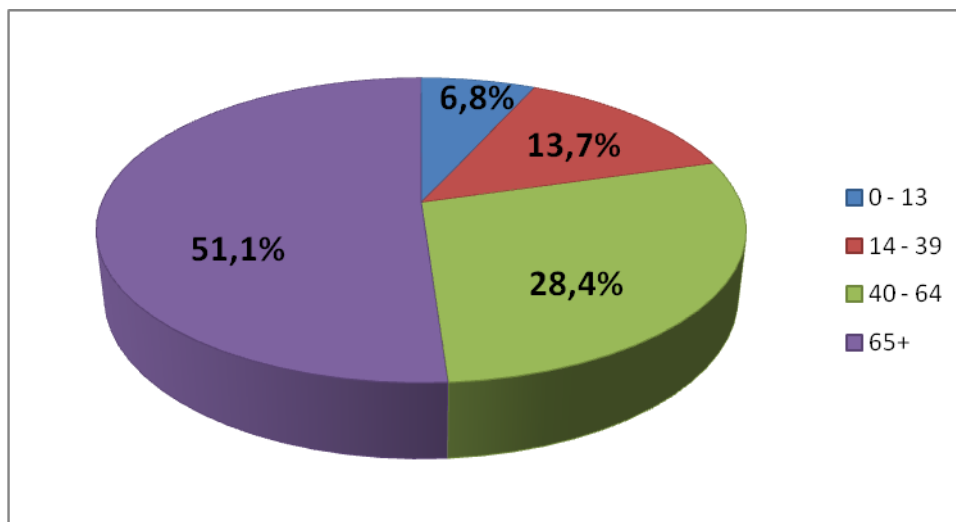


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

Nemocnice má celkem 2 003 zaměstnanců (z toho již zmíněných 365 lékařů) a téměř tisíc dobrovolníků, kteří pomáhají nemocnici. Do nemocnice bylo v roce 2013 přijato

11 775 pacientů, 49 324 naléhavých případů a ošetřeno 281 892 ambulantních případů. Bylo provedeno 6 888 operací, po nichž 4 084 pacientů muselo být hospitalizováno a 2 804 operací bylo provedeno ambulantně. Nejvíce pacientů přicházejících do nemocnice je pak ve věku nad 65 let (více než polovina).

Obrázek 20 Rozdělení pacientů dle věku v Community Hospital of the Monterey Peninsula



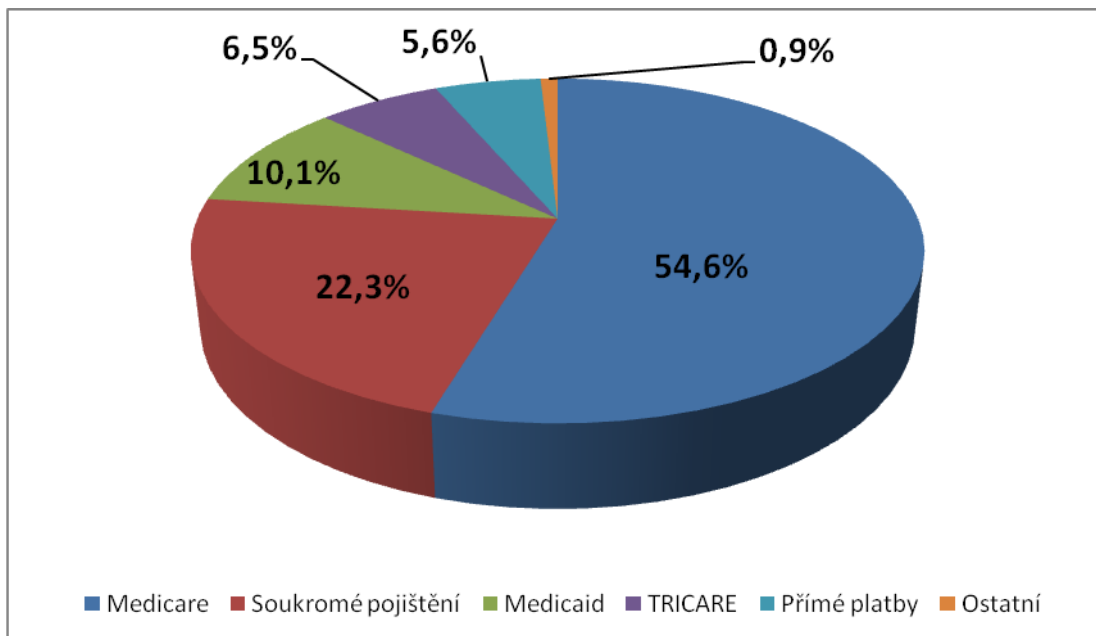
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

6.1 Financování

Nemocnice Community Hospital of the Monterey Peninsula získává příjmy z několika zdrojů a tyto příjmy slouží k pokrytí nákladů a na investiční činnost. Provozní příjmy plynou z plateb od pojišťoven ze soukromého pojištění, přímo od pacientů a od vlád za úhrady zdravotní péče pacientům majících vládní program, dále pak z obchodních aktivit nemocnice a v neposlední řadě z darů a dotací.

Někteří dárci směřují své příspěvky do konkrétních programů a služeb, které je zaujmou. Ostatní pak ponechají rozhodnutí o umístění finančních prostředků na vedení nemocnice dle potřeby zdravotního zařízení. V roce 2013 přispěli dárci částkou 14,1 milionů \$, což právě umožnilo podporu programů a služeb, jako např. příspěvek 10 \$ na mamografické vyšetření pro ženy, které si ho nemohou dovolit, investici 3 miliony \$ do nového rehabilitačního střediska pro ležící pacienty a poskytnutí 20 kilogramů produktů z biofarmy na program Děti jí zdravě.

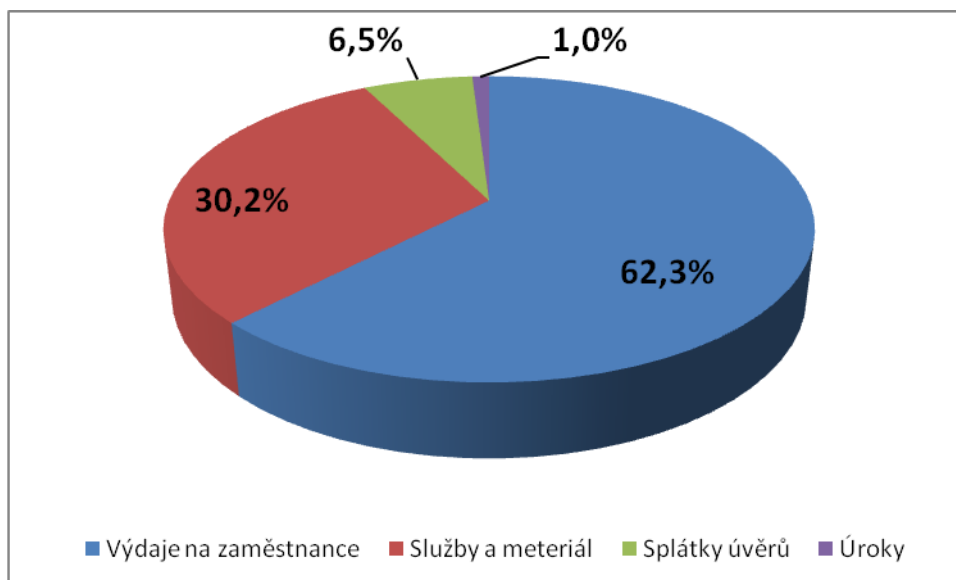
Obrázek 21 Zdroje plateb v Community Hospital of the Monterey Peninsula



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

Provozní výdaje jsou tvořeny mzdami a zaměstnaneckými bonusy, odvody za zaměstnance, výdaji na provozní materiál a služby, splátkami za provozní úvěry a úroky. Nejvýraznější položkou jsou výdaje spojené se zaměstnanci nemocnice, které tvoří přes 60 % výdajů.

Obrázek 22 Provozní výdaje v Community Hospital of the Monterey Peninsula



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

Nemocnice tedy v roce 2013 měla čisté provozní příjmy ve výši 475,3 milionů \$ a provozní výdaje činily 452,5 milionů \$. Výsledek hospodaření z provozní činnosti tedy činil 22,8 milionů \$, které byly použity pro zlepšení služeb a vybavení. Největším problémem nemocnice jsou neuhrazené částky za poskytnuté služby na zdravotní péči.

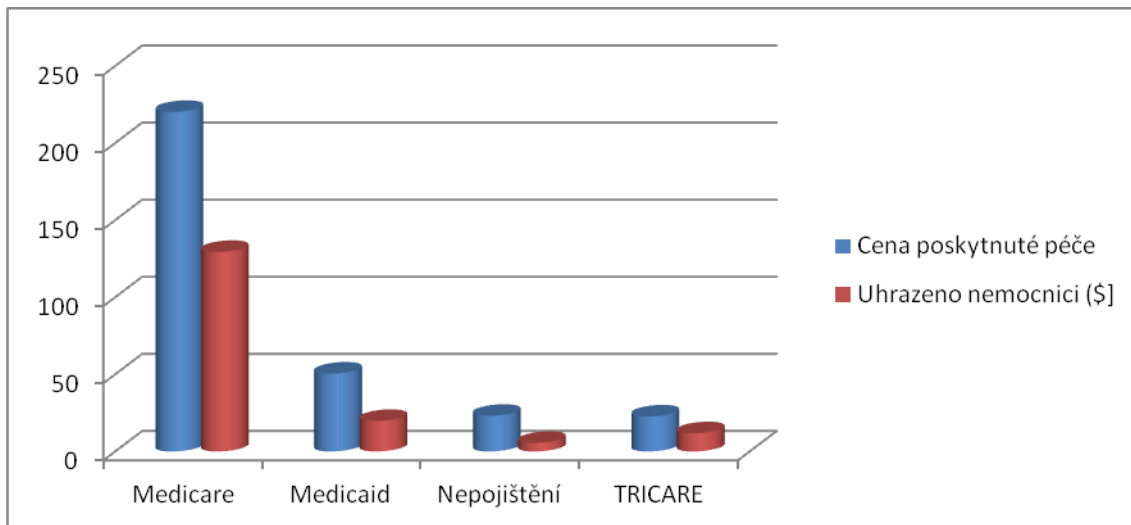
Každý rok programy vládního pojištění nezaplatí skutečnou cenu poskytnuté péče a nutí tím nemocnici převádět tyto náklady na jiné subjekty. Jen necelou čtvrtinu nákladů pak uhradí za svoji zdravotní péči pacienti bez pojištění. Vládní pojištění a nepojištění zaplatili nemocnici pouze 53 % ceny poskytnuté zdravotní péče a celkový rozdíl mezi cenou péče a částkou, kterou nemocnice skutečně obdržela, činil 152,2 milionů \$. Jinak řečeno, nepojištění a pacienti pojištění přes vládní program uhradily pouze 53 centů z každého 1 \$ ceny jim poskytnuté péče.

Tabulka 8 Podíl uhrazených nákladů na poskytnutou zdravotní péči v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$)

	Medicare	Medicaid	Nepojištění	TRICARE
Cena poskytnuté péče	220,2	50,5	23,1	22,7
Uhrazeno nemocnici (\$)	129,4	19,8	5,5	11,8
Uhrazeno nemocnici (%)	58,76	39,21	23,81	51,98

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

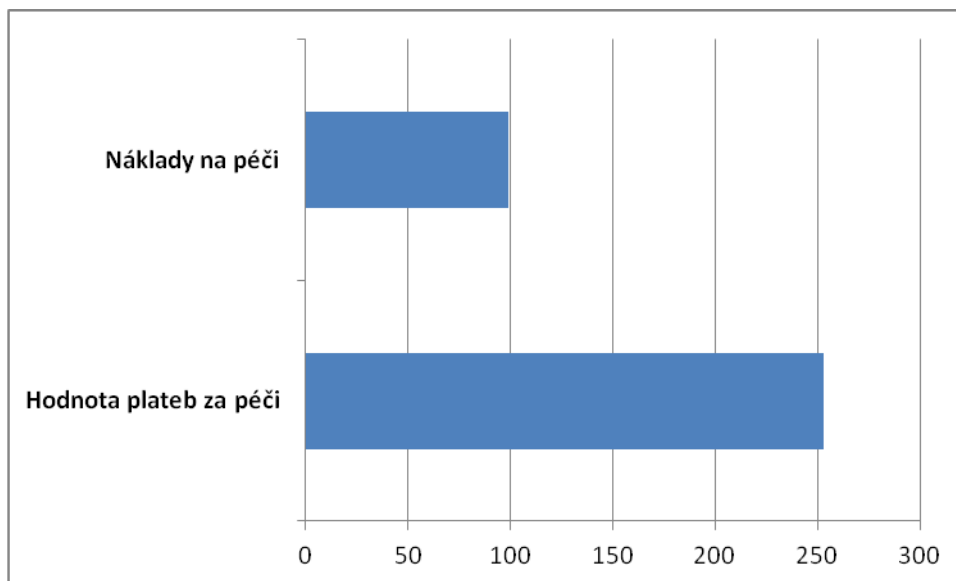
Obrázek 23 Rozdíl mezi cenou péče a jejími úhradami v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

Jako v podstatě v každé nemocnici v USA, musejí být tyto neuhrazené náklady od starých občanů, nepojištěných, pacientů s nízkým pojistným krytím a rodin vojáků přesunuty na lidi se soukromým pojištěním. V roce 2013 dostali pacienti se soukromým pojištěním zdravotní péče v hodnotě 98,7 milionů \$ (v nákladech nemocnice). Tito pacienti a jejich zaměstnavatelé zaplatili prostřednictvím pojišťoven 252,9 milionů \$. Z toho vyplývá, že lidé s komerčním pojištěním zaplatí mnohem více peněz, než v jaké hodnotě čerpají péči. To se nezmění, dokud vláda nebude platit skutečné náklady na zdravotní péči a služby prováděné nemocnicí.

Obrázek 24 Srovnání nákladů a výnosů ze soukromého pojištění v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Annual Report 2013 of Community Hospital of the Monterey Peninsula, 2015

7 Shrnutí

Všechny zdravotnické systémy na světě mají své klady a zápory a spojuje je boj se stále rostoucími náklady. Najít rovnováhu mezi prostředky vynaloženými na zdravotnictví a kvalitou zdravotní péče je velmi náročné. V současnosti můžeme pozorovat sbližování jednotlivých systémů, neboť je zřejmé, že žádný stát na světě se neobejde ani bez soukromých, ale ani bez veřejných prostředků vydávaných na zdravotnictví. Rozpor mezi zásluhovostí a solidaritou zapříčiňuje, že nikdy v žádném systému zdravotnictví nebudou všichni jeho účastníci spokojeni.

Osobně si myslím, že říct, který systém zdravotnictví je nejlepší, prostě nelze. Solidarita ve zdravotnictví je velmi důležitá a právě díky ní je zachráněno mnoho životů. Na druhé straně zbytečné plýtvání, neodpovědnost za svoje zdraví a zneužívání lékařské péče jsou atributy, které mě vedou k názoru, že ve zdravotnictví je nutná spoluúčast pacienta. Každé toto zvyšování spoluúčasti s sebou nese vždy velký spor s obyvateli, ale placení malé částky v podstatě za každý úkon doprovázené limitem maximální roční částky na spoluúčast, by mohlo pomoci získat finanční prostředky na náročnou a nákladnou péči.

Financování zdravotnictví v USA stojí na čtyřech hlavních pilířích, které umožňují fungování systému. Patří mezi ně soukromé pojištění, veřejné prostředky, přímé platby od pacientů a dary a sponzoring. Soukromé pojištění se dále dělí na individuální a zaměstnanecké a v systému zdravotnictví USA hraje velmi důležitou roli, neboť lidé se soukromým pojištěním přispívají do systému více než z něj čerpají, a umožňují tak fungování poskytovatelů zdravotní péče.

Veřejné prostředky jsou pak tvořeny financemi od federální vlády a státních a místních vlád. Veřejné prostředky plynou do zdravotnictví především prostřednictvím vládních programů. Tyto programy v podstatě poskytují pojištění osobám, které si ho nemohou dovolit. I přes zřízení a financování těchto programů zůstává v USA stále velká část populace nepojištěná, a to ukazuje na neefektivnost daných programů, neboť představují ohromné náklady, ale přesto nezajišťují pojištění pro celou populaci. Tento problém se snaží řešit zákon Obamacare.

Právě neefektivní fungování programů, zpožděné a často nízké krytí zdravotní péče pro poskytovatele zdravotní péče od pacientů majících program je dle mého názoru největší problém financování zdravotní péče v USA. Tento nepoměr mezi cenou péče pacienta

se soukromým pojištěním a cenou péče pro pacienta pojištěného prostřednictvím programů zakládá na problém mnoha poskytovatelům zdravotní péče.

Mezi subjekty zdravotnictví v USA patří pacienti, poskytovatelé zdravotní péče a financující instituce. Pacienti mají svá práva, povinnosti a možnost volby způsobu svého pojištění. Zákon Obamacare stanovuje, že pojištění musejí být všichni obyvatelé USA, v opačném případě musejí zaplatit pokutu (daň). Toto opatření je zásah do svobodného rozhodování občanů USA, otázkou však zůstává, jak svobodné rozhodnutí bylo zůstat nepojištěn a jak moc k němu byli lidé nuceni z finančních důvodů. Nutnost pojištění shledávám jako správný krok, neboť nepojištěným byla ve vážných případech poskytována péče, kterou nikdo neplatil, a zároveň nepojištění obyvatelé odkládali svoji péči, která byla při ohrožení života mnohem nákladnější než poskytnutí preventivní péče či běžných lékařských zákroků.

V USA je velký rozdíl mezi kvalitou zdravotní péče, která se odvíjí právě od výše, a typu pojistky. Z toho vyplývá, že v USA můžete dostat tu nejkvalitnější a nejmodernější léčbu, ale zároveň hodně pacientů nemá dostatečné pojistné krytí k mnoha lékařským zákrokům. Výběr pojistných plánů dává lidem svobodu a zároveň odpovědnost za nakládání se svým zdravím. Tato svoboda je dle mého názoru důležitý a správný směr amerického zdravotnictví, ale musí být doprovázena zvýšením rozsahu poskytování zdravotní péče pro nejlevnější plány.

Mezi poskytovatele zdravotní péče pak patří praktičtí a specializovaní lékaři, nemocnice a lékárny. Poskytují zdravotní péči pacientům a za tuto péči získávají příjmy přímo od pacientů, pojišťoven anebo vlády.

Praktičtí lékaři poskytují primární péči, specializovaní lékaři pak péči sekundární. Důraz je kladen na kvalitní vzdělání a přípravu lékařů na vykonávání profese. Absolventi lékařských fakult se musejí často zadlužit, aby zaplatili náklady na studium. Po úspěšném dokončení medicíny ovšem mají lékaři téměř zaručené prestižní povolání s vysokým platem.

Lékárny vydávají pacientům léky na předpis, nebo ve volném prodeji. Velikost lékáren je velmi rozmanitá a některé z nich nabízejí i jiné zboží než léčiva. Zaměstnanci lékáren pak poskytují rady a doporučení zákazníkům.

V USA je provozováno několik typů nemocnic o různé velikosti, které se liší poskytovanou péčí a svým financováním. Lze je rozdělit na neziskové nemocnice,

nemocnice zřízené za účelem zisku, federální, státní a místní nemocnice, nemocnice dlouhodobé péče a psychiatrické léčebny. Nemocnice mohou být jak veřejné, tak i soukromé, a v případě vzdělávání nových lékařů pak mají status fakultní nemocnice (zpravidla při nemocnici funguje i lékařská univerzita).

Důležitou roli v americkém zdravotnictví pak hrají pojišťovny a vlády, jejichž prostřednictvím obdržují poskytovatelé zdravotní péče finanční prostředky. Pojišťovny zprostředkovávají vztahy mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče a také mají kontrolní funkci v oblasti nákladů a nadbytečného užívání zdravotní péče.

Nejvíce veřejných prostředků na zdravotnictví vydává federální vláda, méně pak státní a místní vlády. Podíl prostředků na zdravotnictví vynaložených vládami se neustále zvyšuje a tyto prostředky hrají důležitou roli při sestavování rozpočtů.

Vztahy mezi pacienty a poskytovateli upravují také organizace řízené péče. Řízená péče je pro pacienty méně nákladná, ale snižuje možnost volby poskytovatele zdravotní péče. Existují tři typy řízené péče, a to HMO, PPO a POS. HMO je v zásadě nejlevnější, ale síť poskytovatelů je zároveň nejužší. PPO je pak nákladnější, ale nabízí širší možnost výběru poskytovatele a méně striktní pravidla. Kombinací těchto dvou typů je pak POS.

Osobně si myslím, že alternativa pojištění v podobě řízené péče je prospěšná pro pacienty i pro poskytovatele. Pacienti si mohou za částečnou ztrátu možnosti volby snížit své náklady na pojistné. Naopak poskytovatelům řízená péče zvyšuje počet pacientů a zároveň mohou lépe kalkulovat své náklady.

Výdaje na zdravotnictví USA lze rozdělit podle typu služby nebo produktu, podle hlavních zdrojů financování a podle subjektu odpovědného za financování zdravotní péče. Podíl výdajů na zdravotnictví vůči HDP zůstává stabilní od roku 2009 na úrovni 17,4 %, ale výdaje na obyvatele neustále rostou.

USA vynakládají obrovské finanční prostředky na lékařský výzkum, což umožňuje přístup k nejmodernějším technologiím a zařízením. Zároveň systém vybudovaný na tržním principu umožňuje odčerpávání finančních prostředků v podobě zisků. Tyto skutečnosti způsobují růst výdajů. Ve srovnání s ostatními zeměmi jsou výdaje na zdravotnictví v USA nejvyšší, a to nominálně i podílem vůči HDP, ale kvalita a dostupnost zdravotní péče tomu neodpovídá.

Právě vysoké náklady zdravotní péče, narůstající výdaje na zdravotnictví a velké množství nepojištěných obyvatel USA vedlo k přijetí zákona PPACA neboli Obamacare. Zákon má za cíl snížit počet nepojištěných prostřednictvím vzniku tržišť se zdravotním pojištěním, změnami v programech Medicare a Medicaid a povinností obyvatel být pojištěni. Snížení počtu nepojištěných by společně s dalšími ustanoveními mělo vést k vyššímu objemu vybraného pojistného. Zákon prostřednictvím svých daní, poplatků, příspěvků a dotací dělá systém zdravotnictví USA více solidárnější a rovnocenný.

Dle mého názoru bylo přijetí zákona Obamacare nutné, neboť výdaje vynaložené na zdravotnictví neodpovídaly kvalitě a dostupnosti zdravotní péče. Daný zákon sice zvyšuje množství přerozdělovaných finančních prostředků, ale zároveň dává pacientům mnohá práva a také dostupnost ke zdravotní péči. Ambice zvýšit kvalitu péče a snížit výdaje na zdravotní péči se dají vyhodnotit až v dlouhodobějším horizontu.

Za pozitivní považuji změny ve dvou největších státních programech, tj. Medicaid a Medicare. Změny pomáhají chudým rodinám a seniorům. Důležité je především zmínit, že chudým, ale zpravidla pracujícím rodinám. Rozporuplné je určitě poskytování pojištění lidem, kteří se na něm nepodílejí a jsou dobrovolně nepracující. Nicméně tito lidé již program Medicaid stejně užívali a v případě nepojištění při ohrožení života zůstávala jejich léčba nezaplacena.

Mezi největší problémy a zápory amerického systému zdravotnictví patří neefektivnost vládních programů, velký počet nepojištěných nebo nedostatečně pojištěných osob, složitý pojišťovací systém, dostupnost péče, vysoké výdaje a komplikovanost vztahů mezi jednotlivými subjekty.

Neefektivnost vládních programů je možno vidět na stále rostoucích výdajích vlád na jednotlivé programy, které i přesto v mnoha případech nenabízejí dostatečnou a kvalitní zdravotní péči. Vládou přijaté změny, především v programech Medicare a Medicaid, by měly napomoci ke zvýšení efektivnosti těchto programů.

V současné době se počet nepojištěných v USA snižuje a tento trend by měl díky Obamacare pokračovat, ale přesto tato část obyvatelstva představuje pro americké zdravotnictví stále velký problém. Nepojištění zanedbávají preventivní péči, v případě nemoci či úrazu odkládají návštěvu lékaře či nemocnice a poskytovatele zdravotní péče vyhledávají až v pozdní fázi nemoci. To vede k nákladnější a delší péči, kterou pak

poskytovatelům nikdo nezaplatí. Tento stav je dlouhodobě neudržitelný a tlak na minimalizaci počtu nepojištěných považují za správný směr.

Složité pojišťovací systém a komplikovanost vztahů mezi jednotlivými subjekty zapříčiňuje nedorozumění a nejasnosti v poskytování zdravotní péče. Pojišťovny se snaží zanést do smluv každý detail, aby v případě žaloby vyhrály soudní spor. Sestavení pojišťovacího plánu je pak nákladné a časově náročné a často pro pacienty nesrozumitelné.

Vysoké výdaje na zdravotnictví jsou v USA společenským, ekonomickým a politickým tématem. I přes vydávání enormních prostředků není garantována dostatečně kvalitní zdravotní péče. Důraz na osobní odpovědnost a tržní charakter zdravotnictví snižují míru solidarity.

Závěr

Cílem této práce bylo zanalyzování praktických principů financování zdravotní péče v USA a definování postavení jednotlivých subjektů. Zároveň bylo úkolem zpracovat problematiku fungování zdravotnictví v USA. Dalším cílem bylo zhodnotit vztah výdajů a zdrojů financování v systému zdravotní péče v USA.

V úvodní části diplomové práce byly popsány základní principy modelů financování zdravotní péče, včetně jejich výhod a nevýhod. Na základě dostupných dat se pak podařilo určit hlavní zdroje financování zdravotní péče, včetně jejich podrobnějšího popsání, a zanalyzovat složky tvořící výdaje na zdravotnictví v USA. Tyto zdroje a výdaje pak byly dány do souvislostí a na výdaje bylo nahlíženo z několika pohledů. V závěrečné části pak byly zpracovány nejdůležitější změny probíhající ve zdravotnictví USA a řešená problematika byla ukázána na příkladu konkrétní nemocnice.

Největším přínosem práce je analýza financování zdravotnictví v USA, jasné vymezení výdajů a zdrojů financování zdravotní péče včetně jejich vývoje. Dalším přínosem je pak definování a rozdělení jednotlivých subjektů v systému zdravotnictví USA.

Subjekty byly roztrženy do tří základních skupin. Jedná se o pacienty, poskytovatele zdravotní péče, kam patří praktičtí a specializovaní lékaři, nemocnice a lékárny, a financující instituce, které tvoří pojišťovny, federální vláda a státní a místní vlády. Změny probíhající ve zdravotnictví USA jsou pak dány především zákonem PPACA. Práce obsahuje základní změny, které přináší zákon, náklady s ním spojené a vliv na dva největší vládní programy Medicare a Medicaid.

Na příkladu konkrétní nemocnice bylo ukázáno financování tohoto zařízení a popsány hlavní problémy, které ovlivňují nemocnici. Zanalyzováno bylo také fungování nemocnice.

Práce podává ucelený obraz o financování zdravotní péče v USA, podrobněji popisuje výdaje a zdroje financování zdravotní péče v USA a nastiňuje problémy zdravotnictví v USA. Zákon PPACA je v účinnosti pouze krátkou dobu na posouzení jeho výsledků, a proto v tomto zhodnocení a zanalyzování dalšího vývoje zdravotnictví v USA vidím další možné rozšíření této práce.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Výdaje poskytovatelů zdravotní péče vzhledem k HDP (v procentech)	11
Tabulka 2 Nárůst výdajů na jednotlivé programy (v miliardách \$)	18
Tabulka 3 Seznam nejběžnějších specializovaných pracovišť	30
Tabulka 4 Počet jednotlivých nemocnic v USA	32
Tabulka 5 Tržby lékáren v USA (v miliardách \$)	35
Tabulka 6 Srovnání největších zdravotních pojišťoven v USA (v miliardách \$).....	41
Tabulka 7 Hodnoty federální úrovně chudoby a způsobilosti pro Medicaid	55
Tabulka 8 Podíl uhrazených nákladů na poskytnutou zdravotní péči v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$).....	61

Seznam obrázků

Obrázek 1 Přehled zdravotnických systémů	10
Obrázek 2 Podíl výdajů na zdravotnictví v USA vůči HDP	12
Obrázek 3 Národní výdaje na zdravotní péči	17
Obrázek 4 Podíl přímých plateb na soukromých výdajích (v procentech).....	22
Obrázek 5 Přímé platby pacientů na obyvatele (v \$).....	23
Obrázek 6 Podíl přímých plateb na celkových výdajích na zdravotnictví (v procentech).....	23
Obrázek 7 Rozdělení zdravotního pojištění obyvatel USA (v procentech)	25
Obrázek 8 Roční průměrné platy rodinných a praktických lékařů v USA dle států.....	28
Obrázek 9 Model nemocnic v USA.....	31
Obrázek 10 Rozdělení nemocnic v USA.....	32
Obrázek 11 Vývoj tržeb lékáren v USA (v miliardách \$).....	35
Obrázek 12 Vývoj ročního průměrného platu lékárníků (v \$).....	37
Obrázek 13 Veřejné výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP (v procentech)	39
Obrázek 14 Srovnání tržní hodnoty a tržeb za rok 2014 u největších pojišťoven USA (v miliardách \$).....	42
Obrázek 15 Národní výdaje na zdravotnictví na obyvatele v letech 1960 - 2013 (v \$).....	45
Obrázek 16 Výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle typu služby nebo produktu (v miliardách \$)	47
Obrázek 17 Rozdělení výdajů na zdravotnictví podle zdroje financování produktu.....	48
Obrázek 18 Rozdělení výdajů na zdravotnictví podle subjektu financování produktu.....	49
Obrázek 19 Služby poskytované Community Hospital of the Monterey Peninsula	58
Obrázek 20 Rozdělení pacientů dle věku v Community Hospital of the Monterey Peninsula ...	59
Obrázek 21 Zdroje plateb v Community Hospital of the Monterey Peninsula	60
Obrázek 22 Provozní výdaje v Community Hospital of the Monterey Peninsula	61
Obrázek 23 Rozdíl mezi cenou péče a jejími úhradami v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$)	62
Obrázek 24 Srovnání nákladů a výnosů ze soukromého pojištění v Community Hospital of the Monterey Peninsula (v milionech \$)	63

Seznam použitých zkratk

COBRA Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act

ČR Česká republika

HDP Hrubý domácí produkt

HMO Health Maintenance Organization

IHS Indian Health Service

LTCH Long - term care hospital

MRC Medical Research Council

POS Point of Service

PPACA Patient Protection and Affordable Care Act

PPO Preferred Provider Organization

SCHIP State Children's Health Program

USA United States of America

VHA Veterans Health Administration

WHO World Health Organization

Seznam použitých zdrojů

- [1] GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání, Brno: Computer Press, 2003, ISBN80-7226-996-8
- [2] SCHOTT, Heinz. *Kronika Medicíny*. 1. vydání, Praha: Fortuna print s.r.o., 1994, ISBN 80-85873-16-8
- [3] PORTER, Roy. *Největší dobrodružství lidstva historie medicíny od starověku po současnost*. 1. vydání, Praha: Euromedia group a.s., 2001, ISBN 80-242-0594-7
- [4] WikiSkripta. *Základní modely zdravotnických systémů*. 2014. [On-line] Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Z%C3%A1kladn%C3%AD_modely_zdravotnick%C3%BDch_syst%C3%A9m%C5%AF. Citováno dne: 23.9. 2015
- [5] Hnilcová Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 2009. [On-line] Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf. Citováno dne: 23.9. 2015
- [6] Kusinova Markéta. *Srovnání vývoje a efektivity zdravotního systému Velké Británie, USA a České republiky se zaměřením na současné trendy*. 2014. [On-line] Dostupné z: https://theses.cz/id/2wxmes/Kusinova_Marketa_DiplomovaPrace2014.txt. Citováno dne: 23.9. 2015
- [7] Josef Eim. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. 2008. [On-line] Dostupné z: https://is.muni.cz/th/100355/pravf_m/Diplomova_prace.pdf. Citováno dne: 25.9. 2015
- [8] Peníze.cz. *Zdravotnictví USA: drahé pojištění, které zdaleka nehradí všechno*. 2007. [On-line] Dostupné z: <http://www.penize.cz/pojisteni/29415-zdravotnictvi-usa-drahe-pojisteni-ktre-zdaleka-nehradi-vsechno>. Citováno dne: 25.9. 2015
- [9] Forbes. *Government-Sponsored Programs Make Up 52% Of What We Spend On Healthcare*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.forbes.com/sites/realspin/2015/07/29/for-the-first-time-government-programs-make-up-the-majority-of-u-s-health-spending/>. Citováno dne: 28.9. 2015

- [10] The National academies press. *Leadership by Example: Coordinating Government Roles in Improving Health Care Quality*. 2002. [On-line] Dostupné z: <http://www.nap.edu/read/10537/chapter/4#31>. Citováno dne: 28.9. 2015
- [11] Zdraví a nemoc. *Limity Michigan Medicaid příjmů*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://cs.winesino.com/healthcare-industry/health-insurance/1010087922.html>. Citováno dne: 29.9. 2015
- [12] Association of the United States Army. *TRICARE for Soldiers*. 2010. [On-line] Dostupné z: <https://www.ausa.org/SiteCollectionDocuments/ILW%20Web-ExclusivePubs/Special%20Reports/tricare.pdf>. Citováno dne: 4.10. 2015
- [13] Deloitte. *Dig deep: Impacts and implications of rising out-of-pocket health care costs*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lchs-dig-deep-hidden-costs-112414.pdf>. Citováno dne: 9.10. 2015
- [14] The World bank. *Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>. Citováno dne: 9.10. 2015
- [15] Wikisofia. *Zdravotní péče a zdravotnické systémy, zdravotní politika*. 2013. [On-line] Dostupné z: https://wikisofia.cz/index.php/Zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De_a_zdravotnick%C3%A9_syst%C3%A9my,_zdravotn%C3%AD_politika. Citováno dne: 11.10. 2015
- [16] U.S. National Library of Medicine. *Types of health care provider*. 2013. [On-line] Dostupné z: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001933.htm>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [17] Zdraví E15. *USA: Ročně zbytečně zemře 26 tisíc nepojištěných*. 2012. [On-line] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/usa-rocne-zbytecne-zemre-26-tisic-nepojistenych-465408>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [18] Medical Tribune.cz. *OECD: V ČR je podíl zdravotnictví na HDP nízký, spoluúčast také*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/33613-oecd-v-cr-je-podil-zdravotnictvi-na-hdp-nizky-spoluucast-take>. Citováno dne: 12.10. 2015

- [19] Census.gov. *Coverage Rates by Type of Health Insurance: 2013 and 2014*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2014/Table1.pdf>. Citováno dne: 16.10. 2015
- [20] Prospects. *General practice doctor: Job description*. 2015. [On-line] Dostupné z: http://www.prospects.ac.uk/general_practice_doctor_job_description.htm. Citováno dne: 18.10. 2015
- [21] Forbes. *Chirurgové, zubaři nebo analytici. 10 nejvýdělečnějších povolání v USA*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.forbes.cz/chirurgove-zubari-nebo-analytici-10-nejvydelecnestsich-povolani-v-usa/>. Citováno dne: 18.10. 2015
- [22] Inc. *Health Maintenance Organizations and Preferred Provider Organizations*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.inc.com/encyclopedia/health-maintenance-organizations-and-preferred-provider.html>. Citováno dne: 21.10. 2015
- [23] Bureau of Labor Statistics. *Occupational Employment Statistics*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.bls.gov/oes/current/oes291062.htm>. Citováno dne: 21.10. 2015
- [24] Library Index. *Health Care Institutions - Types Of Hospitals*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.libraryindex.com/pages/1831/Health-Care-Institutions-TYPES-HOSPITALS.html>. Citováno dne: 25.10. 2015
- [25] Statista. *U.S. national health expenditure as percent of GDP from 1960 to 2013*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/>. Citováno dne: 26.10. 2015
- [26] American Hospital Association. *Fast Facts on US Hospitals*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>. Citováno dne: 26.10. 2015
- [27] Medicare.gov. *What are Long-Term Care Hospitals?*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11347.pdf>. Citováno dne: 27.10. 2015
- [28] Reachout.com. *Psychiatric hospitals or wards*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://us.reachout.com/facts/factsheet/psychiatric-hospitals-or-wards>. Citováno dne: 27.10. 2015

- [29] Immihelp. *Pharmacy*. 2015. [On-line] Dostupné z:
<http://www.immihelp.com/newcomer/pharmacy.html>. Citováno dne: 28.10. 2015
- [30] Money. *Pharmacist: Salary*. 2015. [On-line] Dostupné z:
<http://money.usnews.com/careers/best-jobs/pharmacist/salary>. Citováno dne: 28.10. 2015
- [31] USgovernmentspending.com. *Healthcare spending*. 2013.[On-line] Dostupné z:
http://www.usgovernmentspending.com/healthcare_spending. Citováno dne: 30.10. 2015
- [32] Investopedia. *Investing In Health Insurance Companies*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.investopedia.com/articles/stocks/09/investing-in-health-insurance.asp>. Citováno dne: 3.11. 2015
- [33] Fortune. *Why health insurance companies are doomed*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://fortune.com/2014/10/20/health-insurance-future/>. Citováno dne: 3.11. 2015
- [34] Forbes. *America's Biggest Health Insurance Providers*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.forbes.com/pictures/mkg45egkgk/1-unitedhealth-group/>. Citováno dne: 4.11. 2015
- [35] CMS.gov. *National Health Expenditures 2014 Highlights*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/highlights.pdf>. Citováno dne: 7.11. 2015
- [36] Obamacare facts. *ObamaCare Basics*. 2015. [On-line] Dostupné z:
<http://obamacarefacts.com/>. Citováno dne: 2.11. 2015
- [37] Obamacare facts. *ObamaCare Medicaid Expansion*. 2015. [On-line] Dostupné z:
<http://obamacarefacts.com/obamacares-medicaid-expansion/>. Citováno dne: 2.11. 2015
- [38] Obamacare facts. *ObamaCare Medicare: ObamaCare and Medicare*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://obamacarefacts.com/obamacare-medicare/>. Citováno dne: 1.11. 2015
- [39] Obamacare facts. *ObamaCare Cost*. 2015. [On-line] Dostupné z:
<http://obamacarefacts.com/costof-obamacare/>. Citováno dne: 2.11. 2015

- [40] Obamacare facts. *ObamaCare Tax*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://obamacarefacts.com/obamacare-taxes/>. Citováno dne: 2.11. 2015
- [41] Abouthealth. *Patients' Rights*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://patients.about.com/od/patientempowermentissues/a/patientsrights.htm>. Citováno dne: 10.11. 2015
- [42] Investopedia. *Federal Poverty Level - FPL*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.investopedia.com/terms/f/fpl.asp>. Citováno dne: 11.11. 2015
- [43] Medical study guide. *Medicine in USA*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.medicalstudyguide.com/medicine-in-usa.html>. Citováno dne: 12.11. 2015
- [44] About.com. *How Much Does Medical School Cost?*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://gradschool.about.com/od/medicalschooll/f/MedSchoolCost.htm>. Citováno dne: 13.11. 2015
- [45] Centers for Disease Control and Prevention. *Vaccine Information for Adults*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/find-pay-vaccines.html>. Citováno dne: 14.11. 2015
- [46] USA.gov. *Finding Health Insurance*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.usa.gov/finding-health-insurance>. Citováno dne: 3.12. 2015
- [47] Abouthealth. *HMOs vs. PPOs – What Are the Differences Between HMOs and PPOs?*. 2014. [On-line] Dostupné z: http://healthinsurance.about.com/od/understandingmanagedcare/a/HMOs_vs_PPOs.htm. Citováno dne: 4.12. 2015
- [48] Statistic Brain. *Uninsured Health Care Statistics*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.statisticbrain.com/uninsured-health-statistics/>. Citováno dne: 6.12. 2015
- [49] eMedicineHealth. *Patient Rights*. 2015. [On-line] Dostupné z: http://www.emedicinehealth.com/patient_rights/page9_em.htm#medical_research_and_patients_rights/. Citováno dne: 10.11. 2015
- [50] Justlanded. *Hospitals*. 2014. [On-line] Dostupné z: <https://www.justlanded.com/english/United-States/USA-Guide/Health/Hospitals>. Citováno dne: 3.11. 2015

- [51] Centers for Disease Control and Prevention. *Health Expenditures*. 2013. [On-line] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-expenditures.htm>. Citováno dne: 7.11. 2015
- [52] Apatykář. *Krátké zprávy*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.apatykar.info/kratke-zpravy-8115/>. Citováno dne: 28.10. 2015
- [53] Mudr. Petr Kašpar. *Zdravotnické systémy a způsoby úhrady zdravotní péče v mezinárodním srovnání*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://mefanet-motol.cuni.cz/download.php?fid=2183>. Citováno dne: 23.9. 2015
- [54] MNT. *Health Insurance*. 2012. [On-line] Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/info/health-insurance/find-private-health-insurance.php>. Citováno dne: 27.9. 2015
- [55] U.S Census Bureau. *Current Population Survey (CPS) Health Insurance Definitions*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.census.gov/hhes/www/hlthins/methodology/definitions/cps.html>. Citováno dne: 28.9. 2015
- [56] Kaiser Health News. *Employer-Based Insurance Explained*. 2009. [On-line] Dostupné z: <http://khn.org/news/npr-employer-explainer/>. Citováno dne: 30.9. 2015
- [57] CNBC. *Government programs play bigger role for health insurers*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.cnbc.com/2015/08/03/government-programs-play-bigger-role-for-health-insurers.html/>. Citováno dne: 28.9. 2015
- [58] HealthCare.gov. *How to save on out-of-pocket costs*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.healthcare.gov/lower-costs/save-on-out-of-pocket-costs/>. Citováno dne: 9.10. 2015
- [59] CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICIN. *Six strategies to identify and assist patients burdened by out-of-pocket prescription costs*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21728en/s21728en.pdf/>. Citováno dne: 9.10. 2015

- [60] MedicineNet.com. *Definition of Primary care*. 2012. [On-line] Dostupné z: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5042/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [61] Encyclopedica.com. *Secondary care*. 2008. [On-line] Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/doc/1O62-secondarycare.html/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [62] U.S. Bureau of Labor Statistics. *Physicians and Surgeons*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [63] Athenahealth. *Roles of a medical office*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.athenahealth.com/knowledge-hub/practice-management/what-is-practice-management/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [64] MS Trust. *Secondary care*. 2014. [On-line] Dostupné z: <https://www.mstrust.org.uk/a-z/secondary-care/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [65] Budgeting Money. *How Does Secondary Health Insurance Work?*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://budgeting.thenest.com/secondary-health-insurance-work-29623.html/>. Citováno dne: 12.10. 2015
- [66] AAMC. *Teaching Hospitals*. 2015. [On-line] Dostupné z: https://www.aamc.org/newsroom/keyissues/teaching_hospitals/. Citováno dne: 25.10. 2015
- [67] America's Essential Hospitals. *History of Public Hospitals in the United States*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://essentialhospitals.org/about-americas-essential-hospitals/history-of-public-hospitals-in-the-united-states/>. Citováno dne: 25.10. 2015
- [68] Science-engineering.net. *Study Pharmacy in the US*. 2012. [On-line] Dostupné z: <http://www.science-engineering.net/science/usa/study-pharmacy-in-the-us/>. Citováno dne: 28.10. 2015
- [69] JAPhA. *Scope of contemporary pharmacy practice: Roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians*. 2010. [On-line] Dostupné z: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1043725>. Citováno dne: 28.10. 2015

- [70] The National academies press. *Leadership by Example: Coordinating Government Roles in Improving Health Care Quality*. 2002. [On-line] Dostupné z: <http://www.nap.edu/read/10537/chapter/5>. Citováno dne: 30.10. 2015
- [71] ConsumerAffairs. *Compare Reviews of Health Insurance Companies*. 2015. [On-line] Dostupné z: <http://www.consumeraffairs.com/insurance/health.html>. Citováno dne: 3.11. 2015
- [72] Cdc.gov. *National health expenditures*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2014/103.pdf>. Citováno dne: 7.11. 2015
- [73] Cdc.gov. *Personal health care expenditures*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2014/104.pdf>. Citováno dne: 7.11. 2015
- [74] Cdc.gov. *National health expenditures and percent distribution*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2014/109.pdf>. Citováno dne: 7.11. 2015
- [75] Huffpost politics. *Health Care Spending Is Rising Faster, But Don't Panic*. 2015. [On-line] Dostupné z: http://www.huffingtonpost.com/entry/health-care-spending_55b7cf2ce4b0224d88342bbd. Citováno dne: 1.11. 2015
- [76] HealthCare.gov. *The 'metal' categories: Bronze, Silver, Gold & Platinum*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>. Citováno dne: 1.11. 2015
- [77] IRS. *Affordable Care Act Tax Provisions*. 2015. [On-line] Dostupné z: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Affordable-Care-Act-Tax-Provisions>. Citováno dne: 2.11. 2015
- [78] LifeHealthpro. *A Quick and Easy Guide to the PPACA's Key Changes to Medicare*. 2010. [On-line] Dostupné z: <http://www.lifehealthpro.com/2010/08/04/a-quick-and-easy-guide-to-the-ppacas-key-changes-t>. Citováno dne: 3.11. 2015
- [79] The Henry J. Kaiser Family Foundation. *Summary of the Affordable Care Act*. 2013. [On-line] Dostupné z: <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/>. Citováno dne: 3.11. 2015

[80] DPE Research Department. *The U.S. Health Care System: An International Perspective*. 2014. [On-line] Dostupné z: <http://dpeaflcio.org/wp-content/uploads/US-Health-Care-in-Intl-Perspective-2014.pdf>. Citováno dne: 6.11. 2015

[81] OECD iLibrary. *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis*. 2010. [On-line] Dostupné z: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfkgr0nb20.pdf?expires=1449778219&id=id&accname=guest&checksum=BC26E14EDBC04F4BF7428FA3230D77D3>. Citováno dne: 28.9. 2015

[82] Community Hospital of the Monterey Peninsula. *Annual Report*. 2013. Monterey

[83] Eurostat. *Expenditure of providers of health care by financing agents in health care - %*. 2012. [On-line] Dostupné z: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>. Citováno dne: 24.9. 2015

Abstrakt

BERAN, Petr. *Financování zdravotní péče v USA*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 81 s., 2016

Klíčová slova: financování, zdravotní péče, zdravotnictví

Tato diplomová práce se zabývá financováním zdravotnictví v USA. Dané téma bylo zvoleno z důvodu rozsáhlých změn, které se dějí v americkém zdravotnictví. Vláda a ministerstvo zdravotnictví v USA se snaží najít způsob, jak minimalizovat počet nepojištěných obyvatel a zároveň udržet výdaje na přijatelné úrovni. Práce zahrnuje popis základních modelů financování zdravotní péče, principy financování zdravotní péče v USA včetně postavení jednotlivých subjektů v systému a vztah mezi výdaji a zdroji financování. Hlavními cíli bylo analyzovat a zhodnotit zdravotnictví v USA i s ohledem na dostupnost a kvalitu zdravotní péče, rozdělit financování zdravotnictví z veřejných a soukromých zdrojů dle jednotlivých subjektů a predikovat změny, které přinese reforma zdravotnictví v USA. Dostupná data umožnila danou problematiku analyzovat, přiblížit se financování zdravotnictví v USA a zjistit situaci jednotlivých subjektů. Zdravotnictví v USA je založeno na individuální odpovědnosti, která nutí občany přemýšlet a starat se o své zdraví. Kladem je určitě přístup k nejmodernějším technologiím a velké množství finančních prostředků na výzkum. Záporem je naopak složitý systém pojištění a vysoké výdaje na zdravotnictví, které pramení z touhy po zisku poskytovatelů zdravotní péče.

Abstract

BERAN, Petr. *Financing of the health care in the USA*. Assignment. Pilsen: Faculty of Economics, University of West Bohemia in Pilsen, 81 p., 2016

Key Words: financing, health care, health service

This assignment is focused on the system of financing the health service in the USA. This theme was chosen for reasons of substantial changes that take place in this particular field. The government and the ministry of health are trying to find the way of reducing the number of uninsured public and to keep the expenditures at a manageable level. The work contains the description of fundamental models of financing the health care, the principles of financing the health care including the role of individual subjects in the system and the relation between expenditures and the sources of financing. The main goal was to analyze and valorize the health care provided from both, the public and private sources according to individual subjects and to anticipate the changes generated by the reforms. The accessible data enabled to analyze this problematic and to identify the situation of individual subjects. The health service in the USA is based on individual responsibility which forces the citizens to think and take care of their health. The positive side of the matter surely is the access to modern technologies and a great amount of financial sources spent on research. On the negative side it is the very complicated system of insurance and high expenditures of the health care which stems from profit motivation of the health services providers.