

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Katedra amerických studií

**Diplomová práce**

**2011**

**Katarína Dujčíková**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Katedra amerických studií

**Katarína Dujčíková**

**ObamaCare 2010: politické aspekty reformy  
amerického zdravotnického systému**

*Diplomová práce*

Praha 2011

Autor práce: **Bc. Katarína Dujčíková**

Vedúci práce: **PhDr. Kryštof Kozák PhD.**

Rok obhajoby: **2011**

## **Bibliografický záznam**

DUJČÍKOVÁ, Katarína. *ObamaCare 2010: politické aspekty reformy amerického zdravotníckeho systému*. Praha, 2011. 110 s. Diplomová práca (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálných vied, Inštitút mezinárodných štúdií, Katedra amerických štúdií. Vedúci diplomovej práce PhDr. et Mgr. Kryštof Kozák PhD.

## **Abstrakt**

Uzákonenie reformy zdravotníckeho systému v marci 2010 je možné iste zaradiť medzi významné politické úspechy administratívy 44. prezidenta Spojených štátov amerických, demokrata Baracka Obamu a 111. Kongresu s prevahou Demokratov v oboch komorách. Politici sa ňou pokúsili reagovať na narastajúce problémy amerického zdravotníckeho systému, ktorý napriek vynaloženým finančným prostriedkom a technologickej vyspelosti vykazuje iba priemernú kvalitu a veľkú časť amerického obyvateľstva necháva bez dostatočného prístupu k štandardným zdravotníckym službám. Napriek jednotnej opozícii Republikánskej strany sa reformu po zdĺhavom a komplikovanom schvaľovacom procese podarilo presadiť a to vďaka kombinácii spolupôsobenia súboru priaznivých okolností tzv. *window of opportunity* a legislatívnej taktiky, ktorá však nevyhnutne viedla k úpravám pôvodného Obamovho návrhu. Predkladaná diplomová práca sa primárne zaoberá priebehom reformného procesu, jeho hlavnými aktérmi a samozrejme jeho výsledkom – reformným zákonom, ktorý analyzuje z pohľadu pôvodných vízií. Celý proces následne skúma i z hľadiska súčasnej debaty o funkčnosti amerického politického systému. Zdravotnícka reforma sa tak stala príkladom ideologického koncepčného stretu liberálneho a konzervatívneho smeru americkej politiky reprezentovaného extrémne polarizovanými politickými stranami a zároveň skúškou fungovania amerického systému dvoch politických strán, označovaného za neschopný adekvátnej reakcie na potrebu riešenia celospoločenského problému.

## **Abstract**

The enactment of the comprehensive health-care reform in March 2010 is one of major political achievements of the administration of the 44<sup>th</sup> president of the United States of America, a Democrat Barack Obama and the 111<sup>th</sup> Congress with the majority of Democrats in both chambers. Democratic politicians reacted to the need to answer three major problems of American health care system; rising cost, average quality and limited access to standard health care services for million Americans. The historical passage of health-care reform enacted despite unified opposition by Republicans was possible due to the rare combination of favorable conditions, or so-called *window of opportunity* and legislative tactic, which had to be adopted in order to diffuse opposition and secure enough votes from undecided congressmen. Compromises that had to be made necessarily altered an initial reform proposal. This diploma thesis has focused on two major aims. First, it examines in detail the legislative process of health-care reform, actions of its major players (public, congressional parties, president, and interest groups) as well as its result which compares to the initial reform proposals of President Obama. The findings are then analyzed from the point of view of a current political discussion about the alleged dysfunction of the modern American two-party system, which has been recently criticized for its tendency to result in a political stalemate caused by extreme party polarization that prevents fruitful party cooperation. The recent health-care reform is thus an example of ideological conflict between liberal and conservative political wings and also a test of functioning of American political system.

## **Klíčová slova**

Barack Obama, zdravotnícka reforma, stranická polarizácia, Kongres, nefunkčný politický systém

## **Keywords**

Barack Obama, health-care reform, party polarization, Congress, dysfunctional political system

**Rozsah práce:** 190 001 znakov

## **Čestné prehlásenie**

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu spracovala samostatne, bez cudzej pomoci, len s použitím uvedených prameňov a literatúry. Zároveň prehlasujem, že práca nebola využitá k získaniu iného titulu. Tiež súhlasím s tým, aby bola sprístupnená verejnosti pre účely výzkumu a štúdia.

V Prahe, dňa 4. augusta 2011

Katarína Dujčíková

## **Pod'akovanie**

Na tomto mieste by som rada pod'akovala PhDr. Kryštofovi Kozákovi za jeho trpezlivosť, cenné rady a usmerňovanie pri realizácii tejto práce. Zároveň by som chcela vyjadriť vďaku všetkým, kto ma pri písaní diplomovej práce i počas celého štúdia.

**Institut mezinárodních studií**  
**Teze magisterské diplomní práce**

**Jméno:** Katarína Dujčíková

**E-mail:** [K.Dujcikova@seznam.cz](mailto:K.Dujcikova@seznam.cz)

**Semestr:** III.

**Akademický rok:** 2009/2010

**Obor:** Americká studia: 6702T

**Název práce:** Americký zdravotnícký systém a ideové rozpory v riešeníach problematických oblastí tohoto vnútropolitického rezort

**Předpokládaný termín dokončení (semestr, školní rok):** V. 2010/2011

**Vedoucí diplomního semináře:** Prof. PhDr. Svatava Raková, CSc.

**Vedoucí práce:** PhDr. et Mgr. Kryštof Kozák, PhD.

**Zdůvodnění výběru tématu práce (10 řádek):**

Americký zdravotnícký systém a jeho reforma sa v poslednej dobe opäť dostali do povedomia americkej i svetovej verejnosti. O spopularizovanie rokmi ignorovanej politickej témy sa postaral súčasný americký prezident Barack Obama, ktorý reformu zdravotníckeho rezortu označil za prioritu svojej vnútro politickej agendy. Debata, ktorá sa okolo problematiky rozvinula, poukázala nielen na komplikovanosť a unikátnosť amerického zdravotníckeho systému, ktorý je pre európske publikum, privyknuté rôznym formám verejného zdravotníctva, často nepochopiteľný, no najmä na ideové rozpory jednotlivých politických táborov v riešeníach akútnych problémov rezortu. V českej a slovenskej amerikanistike podobná štúdia tejto nemálo dôležitej oblasti vnútornej politiky Spojených štátov chýba.

**Předpokládaný cíl (10 řádek):**

V snahe pochopiť vážnosť a opodstatnenosť navrhovaných reformných zmien a prudkých politických reakcií na ne, je dôležité spoznať nielen štruktúru a celkové fungovanie amerického zdravotníctva, ale i jeho historicko-ideologické pozadie, ktoré ho robí špecifickým. Cieľom práce by tak malo byť nielen oboznámenie sa a pochopenie komplikovanej štruktúry a fungovania amerického zdravotníckeho systému, či popísanie jeho hlavných problematických oblastí. Práca si tiež kladie za cieľ poukázať na nezmieriteľný spor rôznych ideových koncepcií, ktoré mali za následok zmarenie viacerých reformných pokusov v minulosti.



### **Základní charakteristika tématu (20 řádek):**

Spojené štáty americké sú napriek svetovému prvenstvu vo využívaní najmodernejších medicínskych technológií a praktík krajinou s najdrahším zdravotníckym systémom. Nielen že utrácajú omnoho viac financií na osobu, ale ich celkové výdaje na zdravotnícku starostlivosť tvoria oveľa väčšie percento HDP než v iných vyspelých krajinách sveta. Napriek vynaloženým prostriedkom však výrazne zaostávajú v efektívite poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorú je možné sledovať na rôznych ukazovateľoch zdravia obyvateľstva, akými sú napríklad novorodenecká úmrtnosť, či priemerná dĺžka života. Dôvodom tohto nelichotivého stavu je nielen neustále narastanie cien v rezorte, fragmentácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj umiestenie rezortu v prevažne v súkromnom sektore, v ktorom vládne neviditeľná ruka trhu. Výnimku tvoria už značne preťažené federálne programy Medicare a Medicaid, poskytujúce zdravotnícku starostlivosť starým a sociálne znevýhodneným občanom, dopĺňujúci Detský program zdravotného poistenia (Children's Health Insurance Program) a špeciálny program zdravotnej starostlivosti o veteránov (Veterans Health Administration). Napriek tomu je viac než 15% americkej populácie bez akéhokoľvek zdravotného poistenia a jej ďalšia časť je poistne krytá nedostatočne. O celkovú reformu systému (s plánom zaviesť povinné štátom spravované zdravotné poistenie, kde by prispievali všetci) sa snažili mnohé, prevažne demokratické administratívy, no doposiaľ sa im ju vďaka neprekonateľnému odporu republikánskeho politického spektra nepodarilo presadiť.

### **Předpokládaná struktura práce (15 řádek):**

1. Úvod
2. Analýza amerického zdravotníckeho systému:
  - štruktúra
  - fungovanie
  - financovanie
3. Ideové spory:
  - súkromný vs. verejný sektor
  - povinné poistenie vs. individuálny výber krytia
4. Problémy amerického zdravotníckeho rezortu:
  - predraženosť
  - neefektívita

- 46 miliónov obyvateľov bez poistenia
- inštitucionalizácie delenia ľudí podľa dostupnosti zdravotníckej starostlivosti

## 5. Záver

### **Základní prameny a literatura (20 nejdůležitějších titulů včetně lokace):**

- SHI, Leiyu, SINGH, Douglas A.: Essentials of the U.S. Health Care System, Second Edition (Jones & Bartlett Publishers, 2nd edition (March 5, 2009)), pp 375, ISBN-10: 0763763802, ISBN-13: 978-0763763800.
- BARR, Donald A MD PhD: Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America (The John Hopkins University Press, 2nd edition (May 30, 2007)), pp 320, ISBN-10: 0801885752, ISBN-13: 978-0801885754.
- AARON, Henry J., SCHWARTZ, William B., COX Melissa: Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care (Brookings Institution Press, 1st edition (November, 1, 2005)), pp. 199, ISBN-10: 0815701217, ISBN-13: 978-0815701217.
- EMANUEL, Ezekiel J., FUCHS, Victor: Healthcare, Guaranteed: A Simple, Secure Solution For America (PublicAffairs, 1st edition (May 26, 2008)), pp. 240, ISBN-10: 1586486624, ISBN-13: 978-1586486624.
- RELMAN, Arnold Dr.: A Second Opinion: Rescuing America's Health Care (PublicAffairs, 1st edition (April 23, 2007)), pp. 240, ISBN-10: 1586484818, ISBN-13: 978-1586484811.
- Agency for Healthcare Research and Quality (U.S. Department of Health & Human Services). Available at: <http://www.ahrq.gov/>.
- The Kaiser Family Foundation - a non-profit foundation focusing on the major health care issues facing the U.S.. Available at: <http://www.kff.org/>.
- Pan American Health Organization - an international public health agency. Available at: [http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp\\_840.htm](http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_840.htm).
- World Health Organization - the directing and coordinating authority for health within the United Nations system. Available at: <http://www.who.int/en/>.

# Obsah

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>3</b>
1.1. Vymedzenie témy práce a základné tézy.....	4
1.2. Analýza literatúry a metodológia práce.....	6
1.2.1 Stranícka polarizácia a jej vplyv na legislatívny proces.....	10
1.3. Štruktúra práce.....	13
<b>2. AMERICKÝ ZDRAVOTNÍCKY SYSTÉM A JEHO PROBLEMATICKÉ OBLASTI.....</b>	<b>14</b>
2.1. Finančná neúnosnosť zdravotníckeho systému: <i>COST</i> .....	18
2.2. Nedostupnosť zdravotníckej starostlivosti: <i>ACCESS</i> .....	22
2.3. Priemerná kvalita: <i>QUALITY</i> .....	26
2.4. Zhrnutie.....	28
<b>3. AMERICKÝ ZDRAVOTNÍCKY SYSTÉM A VEREJNÁ MIENKA.....</b>	<b>30</b>
3.1. Rok 2007: obdobie prezidentskej predvolebnej kampane.....	31
3.2. Rok 2009: obdobie legislatívneho procesu reformy.....	34
3.3. Rok 2010: obdobie po schválení reformy.....	38
3.4. Zhrnutie.....	42
<b>4. REFORMA ZDRAVOTNÍCTVA 2010 A BARACK OBAMA.....</b>	<b>44</b>
4.1. Exekutíva a domáca politika.....	44
4.2. Reforma zdravotníctva a bývalí prezidenti USA.....	47
4.3. Reforma zdravotníctva v prezidentskej predvolebnej kampani 2008.....	51
4.3.1 Senátor Barack Obama a jeho „Plán pre zdravú Ameriku“.....	53
4.4. Reforma zdravotníctva v politickej agende prezidenta Baracka Obamu.....	58
4.5. Zhrnutie.....	65
<b>5. REFORMA ZDRAVOTNÍCTVA 2010 - LEGISLATÍVNY PROCES A JEHO VÝSLEDOK.....</b>	<b>66</b>
5.1. Legislatívny proces.....	66
5.2. Vplyv záujmových skupín.....	71
5.3. Hlavné body zdravotníckej reformy.....	75
5.3.1. Obmedzenie rastu celkových zdravotníckych nákladov a financovanie reformy: <i>COST</i> .....	76

5.3.2. Rozšírenie poistného pokrytia a zlepšenie kvality existujúceho zdravotného poistenia: ACCESS.....	78
5.3.3. Zlepšenie prístupu k poskytovanej zdravotníckej starostlivosti a jej celkovej kvality: QUALITY.....	83
5.4. Porovnanie Obamovej vízie reformy a zákona PPACA.....	86
5.5. Zhrnutie.....	90
<b>6. ZÁVER.....</b>	<b>92</b>
<b>7. SUMMARY.....</b>	<b>96</b>
<b>8. ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....</b>	<b>98</b>
<b>9. ZOZNAM PRÍLOH.....</b>	<b>107</b>
<b>10. PRÍLOHY.....</b>	<b>107</b>

## 1. Úvod

Po viac než storočí debát o potrebe dostupnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých amerických občanov a desaťročiach neúspešných pokusov amerických politikov o komplexnú reformu zdravotníckeho systému od posledných zásadných zmien z polovice 60. rokov 20. storočia, sa administratíve 44. prezidenta Spojených štátov amerických, demokrata Baracka Obamu a 111. Kongresu s prevahou Demokratov v oboch komorách podarilo, a to aj napriek silnému odporu opozičnej Republikánskej strany a veľkej časti americkej verejnosti, presadiť schválenie zákona *Patient Protection and Affordable Care Act*. 23. marca 2010 tak prezident Obama podpísal zákon, ktorý má svojím rozsahom a zameraním potenciál stať sa jedným z historických míľnikov v oblasti sociálnej politiky, akými bolo schválenie *Social Security Act* prezidentom Franklinom D. Rooseveltom v roku 1935, či vytvorenie federálnych programov pre starých a chudobných občanov Medicare a Medicaid prezidentom Lyndonom Johnsonom v roku 1965.

Táto neobyčajná príležitosť k historickému presadeniu komplexnej zdravotníckej reformy, o ktorú neúspešne usilovalo viacero Obamových predchodcov, bola predovšetkým výsledkom tzv. *window of opportunity*, čiže výnimočnej kombinácii politického prepojenia síl exekutívy s legislatívou; v americkom politickom systéme netypického stranického konsenzu Demokratickej strany, ktorej rozštiepenosť zapríčinila neúspech reformného návrhu Billa Clintona v roku 1993; spoločenskej objednávky väčšiny amerických občanov, ktorí si želali so zdravotníctvom „niečo urobiť“ a ťaživej ekonomickej situácie (recesia, vysoký ekonomický deficit či nezamestnanosť), ale tiež taktiky, ako napríklad využitia legislatívnych možností v snahe vyhnúť sa obštrukciám v Senáte (*reconciliation bill*) a tiež strategického vynechania niektorých sporných, no často zásadných bodov reformy (*public option, tort reform, poistného hradenia potratov* atď.). Ani schvaľovací proces Obamovej reformy sa však neobišiel bez problémov a v určitých momentoch sa zdalo (po strate demokratického senátorského kresla v januári 2010), že sa ju presadiť vôbec nepodarí. Napriek prezidentovým snahám o zaistenie podpory oboch politických strán sa Republikáni od návrhu ostro dištancovali a ani jeden Republikánsky zákonodarca pre ňu

nehlasoval. Reforma zdravotníctva sa tak stala príkladom ideologického koncepčného stretu liberálneho a konzervatívneho smeru americkej politiky.

### **1.1 Vymedzenie témy práce a základné tézy**

Vnútropolitické zameranie práce ju teritoriálne predisponuje na územie Spojených štátov amerických. Čo sa týka časového vymedzenia témy, hlavná časť práce sa sústreďuje na obdobie prezidentskej kampane a prvej polovice volebného obdobia prezidenta Baracka Obamu, čiže na roky 2006-2010 s dôrazom na posledné dva roky, kedy vlastný legislatívny proces prebiehal. Reforma zdravotníctva sa v období posledných primárnych a prezidentských volieb (2007–2008) stala podľa prieskumov verejnej mienky jednou z najdôležitejších vnútropolitických tém budúceho prezidenta Spojených štátov. Spoločnosť reagovala na narastajúci počet nepoistených občanov (46 miliónov v 2008), neustále stúpajúce finančné preťaženie systému zaberajúceho až 16,6 % z HDP a iba priemernú celkovú kvalitu zdravotnej starostlivosti a zdravia populácie v porovnaní s inými industrializovanými krajinami sveta. Postupom času sa však verejnosť, znechutená a zmätená neprehľadnosťou legislatívneho procesu, tvrdými politickými bojmi, či obsahom a objemom reformných zmien, od finálneho znenia zákona z veľkej časti odvrátila a vo svojom postoji zostáva rozdelená. Polarizovaná je aj americká politika. Napriek prezidentových snahám o spoluprácu oboch politických strán, reforma nezískala podporu ani jedného republikánskeho kongresmana. Naopak, po veľkom víťazstve vo všeobecných voľbách do Kongresu v novembri 2010, Republikánska strana zahájila na Obamovú reformu frontálny útok a to na legislatívnej, štátnej a súdnej úrovni.

Konzervatívni oponenti v reforme vidia priamu cestu k socializácii zdravotníctva, bezprecedentné zasahovanie federálnej vlády do súkromnej sféry občanov a politickej oblasti patriacej do agendy jednotlivých štátov a príčinu ďalšieho zvyšovania daní a deficitu verejných financií. Navyše, výsledný zákon sa od pôvodnej vízie prezidenta Obamu dosť odlišuje. Zatiaľ čo niektoré pálčivé problémy systému rieši (dostupnosť zdravotníckej starostlivosti rozšírením zdravotného poistenia - *access*), iným sa nevenuje v dostatočnej miere (finančná záťaž systému - *cost*) a ďalšie vynecháva úplne (verejné zdravotné poistenie - *public option*, či potrebnú reformu právnej zodpovednosti za škodu z nedbanlivosti - *tort reform*), za čo si vyslúžil kritiku nielen na konzervatívnej, ale aj na liberálnej strane politického spektra. Je preto otázne

do akej miery sa ho nakoniec podarí implementovať, vzhľadom k tomu, že najdôležitejšie zmeny začnú fungovať až v roku 2014. Zákon bol navyše napadnutý ako neústavný a bude sa ním pravdepodobne nakoniec zaoberať i Najvyšší súd.

Primárnym cieľom tejto práce nie je detailný rozbor amerického zdravotníckeho rezortu, ktorý vzhľadom k svojmu rozsahu a komplexnosti nie je možné na danom priestore obsiahnuť. Avšak, pre pochopenie opodstatnenosti navrhovaných reformných zmien a prudkých politických reakcií na ne, je nutné čitateľa so základnou štruktúrou a fungovaním amerického zdravotníctva a jeho hlavnými neuralgickými bodmi (*cost, access, quality*) oboznámiť. Práca sa však sústreďuje predovšetkým na vlastný proces schvaľovania reformy a jeho výsledok. Na základe pozorovania aktivít jednotlivých aktérov (verejnosť, prezident, Kongres, záujmové skupiny) a analýzy priebehu reformného diania nielen že porovnam reformné návrhy riešení základných problémov rezortu s riešeniami zákona PPACA, no pokúsim zodpovedať nasledujúce otázky: Prečo je v otázke reformy zdravotníctva americká politika i spoločnosť tak polarizovaná? Do akej miery ovplyvnila táto politická polarizácia celkový priebeh schvaľovania reformy a jej výsledok? Čo museli navrhovatelia reformy obetovať a akú taktiku použiť aby zákon prešiel legislatívou? Na záver sa zamyslím, či je polarizovaný americký politický systém ešte schopný efektívne riešiť celospoločenské problémy, alebo vedie skôr k zablokovaniu legislatívneho procesu a k polovičatým a neefektívnym riešeniam.

Hlavná téza tejto diplomovej práce je nasledovná. Uzákonenie rozsiahlej reformy zdravotníckeho rezortu dokazuje, že americký politický systém založený na súperení dvoch politických strán je funkčný a schopný, pokiaľ sú okolnosti priaznivé (*window of opportunity*), reagovať na potrebu riešenia celospoločenských problémov. Avšak, následkom pôsobenia rôznych vonkajších (vplyv záujmových skupín, zmeny verejnej mienky) a vnútorných činiteľov (ťažkopádnosť legislatívneho procesu, narastajúca stranícka rivalita, predvolebná kampaň) je výsledok jeho legislatívneho snaženia otázny a v mnohom nakoniec nezodpovedá pôvodnej politickej vízii či spoločenskej objednávke. To predstavuje pomerne závažný problém najmä z hľadiska ďalších zásadných otázok, ktoré pred americkým politickým systémom v najbližšej dobe stoja, či už sa jedná o reformu verejných financií, alebo energetickej politiky.

## **1.2 Analýza literatúry a metodológia práce**

Vzhľadom k šírke a komplexnosti problematiky zdravotníckeho systému a aktuálnosti jeho reformy bola pre prácu nevyhnutná dôkladná rešerš veľkého množstva existujúcich materiálov zahrňujúca zber, naštudovanie a roztriedenie prameňov a literatúry. Samotná aktuálnosť témy, ktorá tento výskumný zámer vyprovokovala, sa ukázala byť v mnohom kontraproduktívnou. Zatiaľ čo na jednej strane zabezpečila dostatočné množstvo relevantných informácií, na strane druhej ich bolo príliš mnoho a mnohé z nich by potrebovali hlbšiu analýzu a väčší časový odstup. Špecifičnosť zdravotníctva a tvorby zdravotníckej politiky má za následok, že práca musela vychádzať nielen z politológie, ale aj z histórie, politickej ekonómie, sociológie, sociálnej politiky, verejného zdravotníctva a zdravotníckeho manažmentu. Je ju preto možné označiť za multidisciplinárnu. Vzhľadom k tomu, že problematike amerického zdravotníctva sa v českej či slovenskej amerikanistike nevenuje žiadna významnejšia štúdia, čerpá práca výhradne z prameňov v anglickom jazyku.

V predkladanej diplomovej práci boli použité nielen primárne zdroje, ale aj sekundárne pramene a literatúra, odborné štúdie a články z periodickej tlače. Odborné publikácie je možné rozdeliť tematicky na dve skupiny; na oblasť zdravotníctva a zdravotníckej politiky a skupinu zaoberajúcu sa americkým politickým systémom a jeho inštitúciami. S ohľadom na posledný reformný pokus prezidenta Clintona v 90. rokoch 20. storočia a samotnú aktuálnosť potreby zásadnej zmeny zdravotníckeho systému, vznikla za posledných desať rokov celá rada odborných i populárnych publikácií. Pre lepšie uchopenie témy a identifikáciu kľúčových problémov, ktoré mala zdravotnícka reforma vyriešiť, bolo potrebné do textu zaradiť viacero deskriptívnych oblastí venujúcich sa popisu vývoja, organizácie a financovania systému a pôsobeniu hlavných aktérov systému. Väčšina publikácií sa venuje týmto teoretickým otázkam vo väčšej či menšej miere, rozdiely však možno nájsť najmä v ich spracovaní (všeobecné, vedecké), zameraní na rôzne cieľové skupiny (študenti medicíny a zdravotníckeho manažmentu, široká verejnosť, odborná obec) a v stanovení rozdielnych výskumných zámerov.

Pre získanie potrebného prehľadu a pochopenia systému som do úvodnej časti práce využila informácie z troch základných monografií, užitočným svojím prehľadným



spracovaním a pokrytím dôležitých tém súčasného amerického zdravotníckeho systému. Hoci sú určené primárne pre študentov zdravotníckych profesií a manažmentu, svoje v nich nájde každý, kto sa chce s problematikou amerického zdravotníctva zoznámiť bližšie. Prvá z nich, *Introduction to U.S. Health Policy: the Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America* (2007), od lekára a profesora sociológie na Stanfordskej univerzite Donalda A. Barra, ponúka okrem pasáží venovaných teoretickým základom fungovania systému i podrobnejšie spracovanie jeho troch aktuálnych problémov - ceny, dostupnosti a kvality zdravotníckej starostlivosti a dôležitosť ich vzájomného prepojenia pri plánovaní reformy. Autor ďalej upozorňuje na kultúrne špecifiká amerického zdravotníctva a jeho tržnú orientáciu, ktoré považuje za hlavnú príčinu súčasného stavu. Praktická príručka *Essentials of the U.S. Health Care System, Second Edition* (2009) od profesorov a lekárov Leiya Shi a Douglasa A. Singha bola pre teoretickú časť práce prínosná nielen svojím prehľadným spracovaním, ale i podrobnou charakteristikou systému a identifikáciou sporných oblastí, ktoré sú v centre pozornosti zákonodarcov už niekoľko dekád. Profesionálny pohľad poskytovateľov starostlivosti, lekárov Thomasa Bodenheimera a Kevina Grumbacha, podložený konkrétnymi príkladmi z klinickej praxe, môžeme nájsť v monografii *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (2009). Autori v nej porovnávajú americké zdravotníctvo so systémami ďalších industrializovaných krajín (Veľká Británia, Kanada, Nemecko a Japonsko) a riešenie problémov systému vidia v zavedení univerzálneho zdravotného poistenia.

Ostatné publikácie, venované zdravotníckemu systému Spojených štátov, boli napriek svojej kvalite a inovatívne prístupu využité len čiastočne a to buď pre širšie pochopenie problematiky, či rozšírenie povedomia o rôznych návrhoch reformy. Zatiaľ čo monografia *Healthy, Wealthy, and Fair: Health Care and a Good Society* (2005) autorov Jamesa A. Morona a Lawrence R. Jacobsa sa systémom zaoberá z pohľadu jeho vplyvu na vznik nerovností v americkej spoločnosti, ďalšie diela prezentujú alternatívne vízie zmeny systému, prezentované v odborných kruhoch v prvej dekáde 21. storočia. Publikácia Arnolda Relmana *A Second Opinion: Rescuing America's Health Care* (2007) volá napríklad po zavedení kanadského systému jedného plátcu, no zároveň upozorňuje, že americká spoločnosť nie je ešte na takúto radikálnu zmenu pripravená. Vlastný plán na zmenu financovania zdravotníckeho systému pomocou novej dane z pridanej hodnoty, postavený na kompletne novom systéme organizácie i poskytovania

starostlivosti predložili vo svojom diele *Healthcare, Guaranteed: A Simple, Secure Solution For America* (2008) lekár a filozof Ezekiel Emanuel a renomovaný ekonóm Victor Fuchs.

Jednou zo zásadných publikácií, ktorú bola užitočná pre podkapitoly zaoberajúce sa teóriou tvorby verejnej (v tomto prípade zdravotníckej) politiky a úlohou politických aktérov a inštitúcií v nej (prezidenta, Kongresu, záujmových skupín, verejnej mienky), je podrobne spracovaná odborná publikácia profesorov politológie z Floridskej univerzity Carol S. Weissertovej a Williama G. Weisserta *Governing Health: The Politics of Health Policy* (2010). Autori v nej upozorňujú okrem iného na fakt, že americká spoločnosť sa vďaka tradičnej nedôvere k federálnej vláde prikláňa radšej k úpravám stávajúceho zdravotníckeho systému než k radikálnej reforme. Preto je podľa nich zásadná zmena systému, spojená napríklad s možnosťou vytvorenia univerzálneho zdravotného poistenia, prakticky nemožná, k čomu prispieva aj rivalita polarizovaných politických strán. Druhou, pre prácu prínosnou publikáciou sa stala príručka tímu žurnalistov z amerického periodika *Staff of the Washington Post: Landmark: The Inside Story of America's New Health Care Law and What It Means for Us All* (2010). Hoci táto príručka a najmä jej prvá časť, venovaná priebehu schvaľovacieho procesu (t.j. popisu politickej situácie, kľúčových osobností a udalostí, ktoré pozitívne či negatívne ovplyvnili presadenie a celkový výsledok reformy) trpí príliš odľahčeným „novinársnym“ štýlom, prehľadne zoznamuje čitateľov s jednotlivými položkami reformy doplnenými sumárom pôvodných znení oboch reformných zákonov z pera Kongresu. Stala sa preto dôležitou informačnou základňou pre ďalší výskum.

Z ostatných pre prácu užitočných politologických monografií je vhodné spomenúť napríklad štúdiu o americkej exekutive a najmä jej pasáže venované administratíve prezidenta Baracka Obamu *New Directions in American Presidency* (2011) editovanú Han Lari Cox; štúdiu o verejnej mienke *Understanding Public Opinion* (2002) od Barbari Norander a Clyda Wilcoxa a tiež klasické práce renomovaných politológov, zaoberajúcich sa Kongresom a americkým politickým systémom *Congress and Its Members, Twelfth Edition* (2010) od Rogera H. Davidsona, Waltera J. Oleszka a Frances E. Lee a *The Logic of American Politics, Third Edition* (2006) od Samuela Kernella a Gariho C. Jacobsona.

Okrem monografií som v práci použila i články z akademických zdrojov a odborných časopisov. Ako príklad pre prácu užitočného článku je možné uviesť štúdiu *Health Care in the 2008 Presidential Primaries* z časopisu *The New England Journal of Medicine*. Tým autorov sa v nej zaoberá rozdielmi vo vnímaní problematiky reformy zdravotníctva z hľadiska ideologického zamerania republikánskych a demokratických voličov a celkovým vplyvom tejto témy na voľbu prezidentského kandidáta v primárnych voľbách 2008. Neoceniteľné, z hľadiska súčasnej debaty o straníckej polarizácii boli články expertov z Americkéj politologickej asociácie. Väčšina použitých článkov sa venovala konkrétnej téme. Článok *The Impact of Partisan Polarization on the Congressional Appropriations Process* (P. Hanson) sa zaoberá vplyvom polarizácie na schvaľovací proces rozpočtových zákonov; štúdie *Congressional Polarization and the Legislative Agenda* a *Party Polarization and the Legislative Productivity in Congress* (N. A. Ilderton) jej vplyvom na tvorbu legislatívnej agendy a produktivitu Kongresu a nakoniec, článok *Obama and the 111th Congress* (M. Dickinson) skúmal pokusy Obamovej administratívy a demokratického 111. Kongresu s extrémnou straníckou polarizáciou bojovať.

Najcennejším zdrojom bol samozrejme internet a to nielen kvôli možnosti prístupu k on-line databázam, ale najmä k primárnym dokumentom (pôvodným zneniam zákonov, analýz atd.). Informácie o hlasovaní o reformných zákonoch som získala z databázy kongresovej knižnice ([www.thomas.loc.gov](http://www.thomas.loc.gov)); údaje o federálnom rozpočte na rok 2010 z vládnej agentúry *Government Printing Office* ([www.gpoaccess.gov](http://www.gpoaccess.gov)); analýzy fiškálnych dopadov navrhovaných zákonov z databázy federálnej agentúry *Congressional Budget Office* ([www.cbo.gov](http://www.cbo.gov)); informácie o politickej agende prezidenta Obamu z internetových stránok *The Office of the President-elect* ([www.change.gov](http://www.change.gov)) a Bieleho domu ([www.whitehouse.gov](http://www.whitehouse.gov)). Štatistiky o celonárodných zdravotníckych výdajoch bolo možné nájsť na stránkach vládnej agentúry ministerstva zdravotníctva *Centers for Medicare and Medicaid Services* ([www.cms.gov](http://www.cms.gov)) a globálne údaje o fungovaní zdravotníckych systémov industrializovaných krajín sveta z databázy Organizácie pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)).

Dôležitým bol taktiež on-line prístup na stránky amerických think-tankov, napríklad liberálneho *Brookings Institution* ([www.brookings.edu](http://www.brookings.edu)), konzervatívneho

*Heritage Foundation* ([www.heritage.org](http://www.heritage.org)), či pokrokového *Third Way* ([www.thirdway.org](http://www.thirdway.org)); prieskumov verejnej mienky *Gallup Poll* ([www.gallup.com](http://www.gallup.com)) a rôznych nevládných organizácií sledujúcich napríklad aktivity záujmových skupín *Center For Responsive Politics* ([www.opensecrets.org](http://www.opensecrets.org)). Z hľadiska získania najnovších štatistických údajov o fungovaní amerického zdravotníctva, analýz reformných zákonov a prieskumov verejnej mienky na tému zdravotníctva bol najužitočnejší on-line prístup nadácie *Kaiser Family Foundation* ([www.kff.org](http://www.kff.org)). Vzhľadom k aktuálnosti témy bolo potrebné pracovať i s veľkým množstvom článkov z periodickej tlače a využité boli najmä internetové mutácie periodík *The New York Times*, *The Washington Post*, *Time*, alebo *The Economist*. Ich hlavný prínos spočíval predovšetkým v získaní aktuálnych, potrebných na dokreslenie problematiky.

Metodologicky je možné prácu zaradiť medzi prípadové štúdie. Zaoberá sa fungovaním amerického systému dvoch politických strán v období vysokej straníckej polarizácie, ktorá je dnes považovaná za významnú príčinu blokovania legislatívneho procesu a tým aj riešení dôležitých spoločenských problémov. Vzhľadom k tomu, že reforma zdravotníctva sa svojím rozsahom dá za typický príklad závažnej celospoločenskej problematiky považovať; na základe analýzy jej priebehu, vplyvu politických aktérov a inštitucionálnych faktorov na jej presadenie a konečný výsledok sa práca pokúsi posúdiť funkčnosť súčasného amerického politického systému z tohto hľadiska. Výsledky analýzy reformy sa budú opierať o súčasnú politickú a akademickú diskusiu zaoberajúcu sa straníckou polarizáciou a jej vplyvu na tvorbu a presadzovanie významných zákonov.

### **1.2.1 Stranícka polarizácia a jej vplyv na legislatívny proces**

Základným znakom súčasnej americkej politiky je intenzívny medzistranícky konflikt kritizovaný nielen verejnosťou, ale aj odborníkmi a politikmi z oboch politických strán.<sup>1</sup> Fungovanie politických strán v rámci politického systému Spojených štátov bolo a je neustále podrobované kritickému pohľadu politológov. Zatiaľ čo v špeciálnej správe „*Toward a More Responsible Two-Party System*,“ vydanéj v roku 1950 Americkou politologickou asociáciou (*American Political Science Association* –

---

<sup>1</sup> Davidson, Roger H.; Oleszek, Walter J.; Lee, Francis E., *Congress and Its Members* (Washington, DC: CQ Press, 12. ed., 2010), s. 192-193.

APSA) bolo kritizované ideologické prekrývanie vtedajších politických strán, dnes sa naopak poukazuje na negatívne následky ich prílišnej polarizácie.<sup>2</sup> V období vzniku publikácie APSA politické strany neponúkali jednoznačné ideologické alternatívy, čím voličom znemožňovali adekvátny výber. Navyše, tým že ani jednu z nich nebolo možné zobrať na zodpovednosť za presadzovanie či naopak blokovanie politickej agendy. Autormi správy boli zástancovia koncepcie tzv. zodpovednej vlády (*responsible government*), v ktorej nabádali k vytvoreniu jasne diferencovaných a súdržných politických strán s výraznou lojalitou jej členstva, silnými vodcami a vlastnými straníckymi programami, ktoré by fungovali pokiaľ možno v zjednotenej vláde tzn. vo vláde s exekutívou a legislatívou pochádzajúcou z jednej politickej strany.<sup>3</sup>

Dnešné politické strany sa od vydania správy výrazne zmenili a v mnohom jej požiadavky naplnili. Nielen že sú lepšie organizované, majú lojálnych členov a silných straníckych lídrov (najmä v Snemovni reprezentantov), ale jej členovia sa dnes aktívne angažujú vo vytváraní straníckeho politického programu a zapájajú do celonárodnej politickej debaty a presadzovania straníckej agendy.<sup>4</sup> Spolu s uvedenými zmenami však od 70-tych rokov 20. storočia výrazne stúpla aj stranícka polarizácia. Tú je možné pozorovať napríklad skúmaním hlasovania podľa mena v oboch komorách Kongresu (*roll-call votes*), v ktorom hlasuje čoraz väčší počet kongresmanov na čisto straníckej báze, alebo celkového úbytku umiernených politikov na oboch stranách politického

---

<sup>2</sup> Galston, William A., „Can a Polarized American Party System Be “Healthy”?“ *The Brookings Institution: Governance Studies*, April 2010, s. 18,  
[http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2010/04\\_polarization\\_galston/04\\_polarization\\_galston.pdf](http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2010/04_polarization_galston/04_polarization_galston.pdf) (25. júl 2011).

<sup>3</sup> „Toward a More Responsible Two Party System: A Report of the Committee on Political Parties.“ *American Political Science Association*, Vol. 44, No. 3, Part 2, September, 1950, s. v a 1- 14,  
[http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950\\_Foreward.pdf](http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950_Foreward.pdf) a  
[http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950\\_Summary.pdf](http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950_Summary.pdf) (28. jún 2011) a Dickinson, Matthew, „Obama and the 111th Congress.“ *Middlebury College*, Midwest Political Science Association 67th Annual National Conference, Chicago, IL, Apr 02, 2009, s. 24,  
[http://www.allacademic.com/meta/p360901\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p360901_index.html) (28. jún 2011).

<sup>4</sup> Sinclair, Barbara, „The Dream Fulfilled? Congressional Parties 50 Years After the APSA Report.“ *University of California: Los Angeles*, American Political Science Association Meetings, Aug. 30-Sept 3, 2000, Washington, D.C., s. 29,  
<http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/apsa2000sinclair.pdf> (28. jún 2011).

spektra. Príčin týchto zmien je viacero. Podľa politológov sa primárne ideologicky radikalizovali voliči (demografické a socioekonomické faktory, medzištátna migrácia, etnické rozdiely, sporné témy atď.), čo viedlo k následnej polarizácii politických strán v Kongrese. Stranícka polarizácia Kongresu zároveň umožnila kongresmanom presadiť inštitucionálne zmeny, ktoré viedli k ďalšej polarizácii voličov (napr. reformy financovania predvolebnej kampane v 70-tych rokoch 20. storočia, ktoré viedli k nárastu vplyvu záujmov reprezentujúcich sporné otázky (*single issues*)).<sup>5</sup>

Napriek nepochybne pozitívnym aspektom ideologického rozdelenia strán, ktoré umožňuje voličom ľahšie pochopenie a stotožnenie sa s princípmi, hodnotami a názormi tej či onej politickej strany, má dnešná extrémna polarizácia viacero negatívnych následkov. Väčšina autorov upozorňuje na fakt, že ideologická polarizácia politických strán vedie k spomaleniu legislatívneho procesu dlhými straníckymi spormi (najmä v Senáte) až k jeho úplnému zablokovaniu (*legislative gridlock*). Táto situácia vzniká najmä u politických tém, v ktorých sa prejavujú základné ideologické rozdiely medzi oboma stranami (distribúcia finančných zdrojov, dane, úloha federálnej vlády) a spolu s rozdelenou vládou (situácia kedy exekutívu ovláda opozičná politická strana) a inštitucionálnymi prekážkami (senátny *filibuster*) tak často vedie k zmareniu dôležitých politických zmien.<sup>6</sup> Reformu hospodársky i sociálne významného rezortu zdravotníctva je možné medzi sporné, ideologicky rozdeľujúce politické témy nepochybne zaradiť. Nie je preto prekvapením, že vyvoláva silné politické vášne. Dalo by sa preto predpokladať, že presadenie reformy bude v Kongrese minimálne problematické, až úplne nemožné. Do akej miery ovplyvnila vysoká stranícka polarizácia priebeh a výsledok reformy amerického zdravotníctva a ktoré faktory viedli k jej konečnému presadeniu i jej finálnej podobe sa pokúsím zodpovedať na konci práce.

---

<sup>5</sup> Ilderton, Nathan A., „Congressional Polarization and the Legislative Agenda.“ *Texas A&M University*, Midwest Political Science Association 66th Annual National Conference, Chicago, IL, Apr 3-6, 2008, s. 4-5., [http://www.allacademic.com/meta/p266270\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p266270_index.html) (14. máj 2011) a Dickinson, Matthew, „Obama and the 111th Congress.“ s. 19-20.

<sup>6</sup> Ilderton, Nathan A., „Congressional Polarization and the Legislative Agenda.“ s. 6. a Ilderton, Nathan A. „Party Polarization and the Legislative Productivity in Congress.“ *Texas A&M University*, 104<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston, Aug. 28-31, 2008, s. 16 a Hanson, Peter, „The Impact of Partisan Polarization on the Congressional Appropriations Process.“ *University of California, Berkeley*, 27th August 2007, s. 2, [http://www.allacademic.com/meta/p209303\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p209303_index.html) (14. máj 2011).

### **1.3 Štruktúra práce**

S ohľadom na typ práce je štúdia koncipovaná nasledovne. Úvodná kapitola zoznamuje čitateľa s problematikou a cieľmi výskumného zámeru, ktoré ukladá do širšieho konceptu súčasného politického diškurzu. Druhá kapitola sa zameriava na popis systému zdravotníctva Spojených štátov a to z hľadiska jeho charakteristiky, financovania a predstavenia troch hlavných problematických oblastí, ktoré sa reforma pokúsila vyriešiť. Tretia časť ponúka prehľad prieskumov verejnej mienky na tému stavu amerického zdravotníctva a jeho reformy v troch časových obdobiach a jej cieľom je monitorovanie existencie spoločenskej objednávky reformy zdravotníctva a ideologickej polarizácie voličov v tejto otázke.

Po predstavení problematiky a verejného záujmu o jej riešenie sa práca presúva do pomyselnéj hlavnej časti, ktorá sa zaoberá nielen samotným legislatívnym procesom a úlohou dôležitých politických aktérov na tento proces, ale najmä výsledkom ich snaženia – vlastnou reformou. Zatiaľ čo štvrtá kapitola sa venuje úlohe exekutívy v oblasti tvorby domácej legislatívy so zameraním na aktivity prezidentského kandidáta a neskôr 44. prezidenta Spojených štátov Baracka Obamu a jeho administratívy; posledná časť popisuje zložitý legislatívny proces a jeho výsledok z pohľadu Kongresu a zainteresovaných záujmových skupín. Zároveň ponúka analýzu reformy zdravotníctva s ohľadom na jeho tri základné problémy a jej porovnanie s pôvodnými návrhmi iniciátora reformy prezidenta Obamu. Záver práce nakoniec získané poznatky o tvorbe a výsledku reformy posúdi z hľadiska stanovených téz.

## 2. Americký zdravotnícky systém a jeho problematické oblasti

V snahe porozumieť emóciám a politickému aktivizmu, ktoré reforma zdravotníctva vyvolala, je potrebné pochopiť systém, ktorý sa pokúša napraviť. Základnou premennou zdravotníckeho systému Spojených štátov, na ktorej sa zhoduje väčšina autorov, je paradox pozorovateľný z viacerých uhlov. Zatiaľ čo z pohľadu využívania najmodernejších technológií a praktík je americké zdravotníctvo v porovnaní s ostatnými národmi sveta považované za najlepšie, v otázke celkovej výkonnosti sa v skupine rozvinutých krajín sveta radí naopak medzi jedno z najhorších. Ďalej je nutné poukázať na fakt, že hoci Spojené štáty vynakladajú na zdravotnícky rezort zo všetkých vyspelých krajín sveta najviac financií, a to nielen na osobu, ale aj v pomere k celkovému HDP, v efektívite zdravotnej starostlivosti, ktorú možno sledovať na rôznych ukazovateľoch zdravia (napr. novorodenecká úmrtnosť, či priemerná dĺžka života), výrazne zaostávajú.<sup>7</sup> A konečne, na tzv. paradox nadbytku a nedostatku (*paradox of excess and deprivation*), čiže nesúlad v objeme a kvalite poskytovanej zdravotníckej starostlivosti na základe jej dostupnosti, upozorňujú vo svojej publikácii aj autori Bodenheimer a Grumbach. Pacientom bez zdravotného poistenia či s nedostatočným poistným krytím sa dostáva iba minimálna starostlivosť. Naopak, klientom s dobrým zdravotným poistením je poskytované príliš veľa drahej a často zbytočnej starostlivosti.<sup>8</sup>

V porovnaní s ostatnými vyspelými štátmi sveta, ktorých obyvatelia majú k základnej a preventívnej zdravotnej starostlivosti tzv. univerzálny prístup (*universal access*), je americký zdravotnícky systém výnimočný, pretože ako jediný takýto prístup neumožňuje.<sup>9</sup> Príčinou tohto stavu a nemenej dôležitou črtou systému je jeho

---

<sup>7</sup> Barr, Donald A., *Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America* (The Johns Hopkins University Press, 2. ed., 2007), s. viii. a Relman, Arnold S., *A Second Opinion: Rescuing America's Health Care* (New York: PublicAffairs, 1. ed., 2007), s. xi.

<sup>8</sup> Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (New York: McGraw-Hill Medical, 5. ed., 2009), s. 1.

<sup>9</sup> Univerzálny prístup k zdravotníckej starostlivosti je vo vyspelých krajinách sveta zaistený troma hlavnými spôsobmi: verejným sektorom financovaným z daní (Veľká Británia); súkromným sektorom



fragmentácia, ktorá sa vyvinula postupne a to pôsobením trhových mechanizmov na jednej strane a potrebou zabezpečenia zdravotnej starostlivosti určitým ohrozeným skupinám obyvateľstva (starí, chudobní a telesne či duševne postihnutí občania a deti) na strane druhej. Je možné ju pozorovať nielen na strane poskytovateľov zdravotníckych služieb,<sup>10</sup> či dodávateľov zdravotníckych potrieb, technológií a liečiv, no najmä v spôsobe financovania a poistného krytia zdravotnej starostlivosti<sup>11, 12</sup>. Vďaka nej neexistuje v americkom systéme centrálny riadiaci orgán (v iných krajinách je ním väčšinou vláda) a medzi jednotlivými časťami sektoru vládne iba minimálne zjednotenie a koordinácia.

Roztrieštenosť rezortu je však dôležitá najmä z politického hľadiska. Množstvo a rozmanitosť zainteresovaných hráčov (lekári, nemocnice, poisťovne, veľké firmy, vláda) s rozdielnymi ekonomickými a tým aj politickými záujmami je živnou pôdou pre vznik rôznorodých záujmových skupín a silných, sústavne sa meniacich koalícií, ktorých vzájomná rivalita zabraňuje tomu aby systému dominovala jediná z nich. Politická sila a protichodné záujmy zdravotníckych lobby sa v minulosti stali niekoľko krát príčinou nemožnosti presadenia komplexnej reformy systému či pokusov o prísnejšiu kontrolu cien a nemalú úlohu zohrali samozrejme aj pri schvaľovaní Obamovej reformy.<sup>13</sup>

---

financovaným štátom (Kanada; Francúzsko); štátom regulovanými a dotovanými súkromnými poisťovňami, zaručujúcimi univerzalitu prístupu a nediskriminujúcimi na základe napr. predchádzajúcich zdravotných problémov (Švajčiarsko). Podľa: Shah, Anup, „Health Care Around the World.” *Global Issues*, 9. apríl 2011, <http://www.globalissues.org/article/774/health-care-around-the-world> (22. apríl 2011).

<sup>10</sup> Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti: súkromní lekári; zdravotnícke strediská; súkromné, štátne a komunitné nemocnice; špecializované pracoviská; agentúry domácej starostlivosti; hospice; HMOs (*Health Maintenance Organizations*) a pod.).

<sup>11</sup> Spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti: súkromné zdravotné poistenie poskytované zamestnávateľmi, alebo zakúpené jednotlivcami; federálne a štátne programy zamerané na poistné pokrytie občanov nad 65 rokov (*Medicare*), chudobných rodičov a detí (*Medicaid, State Children's Health Insurance Program - SCHIP*); špeciálne federálne programy starostlivosti o veteránov a aktívnych členov armády (*Veterans Administration (VA) a TRICARE*) alebo platba v hotovosti.

<sup>12</sup> Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin. *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, s. 6. a v Shi, Lei-yu; Singh, Douglas A., *Essentials of the U.S. Health Care System* (Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2. ed., 2009), s. 1-3.

<sup>13</sup> Shi, Lei-yu; Singh, Douglas A., *Essentials of the U.S. Health Care System*. s. 9 a 15.

V Spojených štátoch spadá viac než polovica financovania zdravotníckeho sektoru a väčšina poskytovateľov služieb primárne do súkromnej sféry. Federálna vláda a vlády jednotlivých štátov zabezpečujú a financujú súkromným sektorom opomínané oblasti systému (starostlivosť o zraniteľné skupiny obyvateľstva; ochranu životného prostredia; podporu výskumu a vzdelávania a pod.), na ktoré vydávajú čoraz výraznejšiu časť federálnych i štátnych rozpočtov. Napriek dominancii súkromného sektoru sa hospodársky významné odvetvie amerického zdravotníctva nedá zaradiť do typicky tržného hospodárstva ovládaného neviditeľnou rukou trhu. Dôvodom je viacero. V podmienkach voľného obchodu si zákazník v zásade vyberá produkty a služby na základe ich ceny a kvality, o ktorých by mal mať dostupné a dostatočné informácie a jeho rozhodnutia majú vďaka neobmedzenej interakcii dopytu a ponuky vplyv na cenu. Zákazník je tiež schopný si za produkt, či službu zaplatiť a rozhoduje sa nielen na základe svojej potreby, no hlavne ceny. A nakoniec, medzi poskytovateľmi služieb vládne neobmedzená konkurencia.

Zdravotnícky systém nie je už z princípu svojho fungovania schopný tieto podmienky zabezpečiť a preto sa jeho trh považuje za nedokonalý. Nielen že výška cien je viac výsledkom pôsobenia externých činiteľov, nahradzujúcich pacienta v úlohe platiteľa (Medicare, Medicaid, súkromné poisťovne, či organizácie riadenej starostlivosti - MCOs), než interakcie dopytu a ponuky, vďaka systému oceňovania jednotlivých položiek u podružných služieb typu hospitalizácie, či diagnostiky (*item-based pricing*), je celková cena ošetrovania väčšinou nepredvídateľná a skrytá. Rozhodnutie o nutnosti využitia zdravotníckych služieb nie je dané primárne ich cenou, ale často nepredvídateľným vznikom potreby (ochorenie, úraz). Navyše, vzhľadom k zložitosti a komplexnosti medicíny pacient nedokáže odhadnúť koľko a aké zdravotnícke služby (diagnostické metódy, výkony či lieky) u daného ochorenia potrebuje a je preto do veľkej miery informačne závislý na odporúčaní lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov. Tí ale môžu potrebu a tým aj cenu, či už z dôvodu vyššieho zisku, alebo ochrany pred zažalovaním za zanedbanie starostlivosti, umelo zvyšovať. A hoci vládne medzi poskytovateľmi zdravotníckych služieb naoko voľná konkurencia, vplyvom geografických faktorov, a hlavne nutnosti združovania sa do integrovaných skupín (polikliník a nemocničných reťazcov) vďaka narastajúcej vyjednávacjej sile kupujúcich (poisťovne, MCOs a pod.), je v súčasnosti značne obmedzená.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s. 11-14.

Ako Shi a Singh ďalej uvádzajú, napriek svojej nedokonalosti je trh a teória trhovej spravodlivosti (*market justice*) dominantnou ideológiou ovládajúcou produkciu a distribúciu zdravotníckych služieb v USA. Vychádza z premisy, že zdravotnícka starostlivosť by mala byť ako každé iné ekonomické odvetvie ovládaná trhovými mechanizmami slobodného hospodárstva a preto poskytovaná na základe ochoty a schopnosti klientov za ňu zaplatiť. Jej výsledkom je však nerovná distribúcia zdravotníckych služieb. Oproti nej stojí teória sociálnej spravodlivosti (*social justice*), ktorá uprednostňuje blaho spoločnosti pred blahom jednotlivca a neschopnosť dosiahnuť na zdravotnícke služby v dôsledku nedostatočných financií považuje za nespravodlivé. Podľa nej by mali byť poskytované na základe potreby a nie schopnosti si za ne zaplatiť. Na podobnej báze je založený celý súčasný diškurz o smerovaní vývoja zdravotníckeho rezortu. Rezonuje v ňom konflikt medzi právom a privilegiom na zdravotnícku starostlivosť (*right versus privilege*), alebo sa snaží nájsť odpoveď na otázku či je zdravie a zdravotnícka starostlivosť základnou ľudskou potrebou, alebo luxusom, za ktorý sa platí rovnako ako za iný tovar.<sup>15</sup> To ale neznamená, že by ľuďom bez zdravotného poistenia nebola poskytovaná prvá pomoc (napríklad po autonehode). Pre väčšinu z nich sú naopak pohotovosť a komunitné, či charitatívne zdravotnícke centrá jedinou možnou cestou k zdravotníckej starostlivosti, ktorú však využívajú až v krajných prípadoch. Zbytočné úmrtia preto vznikajú najmä zo zanedbania preventívnej a primárnej starostlivosti, či odloženia liečby závažného ochorenia z finančného dôvodu. Ďalšou komplikáciou tohto koncepčného stretu je, že neexistuje jasný limit, ktorý by definoval štandardnú a nadštandardnú zdravotnícku starostlivosť.

Spojené štáty čelia v oblasti zdravotníctva trom základným problémom, ktoré sa navzájom ovplyvňujú. Prvým z nich je finančná neúnosnosť rezortu spôsobená sústavným narastaním cien i celkových výdajov na zdravotnú starostlivosť v pomere k celkovému výkonu národného hospodárstva. Stúpajúci počet obyvateľov bez zdravotného poistenia vedie k druhému problému rezortu a to k nedostatočnému a nerovnému prístupu značnej časti populácie k zdravotníckym službám. A konečne, v

---

<sup>15</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s.14; Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 5 a v Roth, William F., *Comprehensive Healthcare for the U.S.: An Idealized Model* (New York: CRS Press, Taylor & Francis Group, 2010), s. 2.

pomere k vynaloženým finančným prostriedkom vykazuje americký zdravotnícky systém len priemernú kvalitu. Otázky financovania, dostupnosti a kvality zdravotníckej starostlivosti boli predmetom reformných snáh už viacerých predchádzajúcich vlád Spojených štátov a pretože sa stali ústrednou témou aj Obamovej reformy zdravotníckeho systému, sú im venované samostatné podkapitoly.

## **2.1 Finančná neúnosnosť zdravotníckeho systému: COST**

Slovné spojenie „zdravotnícke výdaje“ (*health care cost*) má viacero významov. Zatiaľ čo pre konzumentov zdravotníckej starostlivosti (pacienti) a platiteľov poistného (individuálni klienti; zamestnávateľia; vláda) znamená cenu za služby, či zdravotné poistenie, pre poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a služieb predstavuje najmä mzdové náklady, výdaje za prenájom, zariadenie ordinácií, zásoby liečiv a iných zdravotníckych potrieb. V celonárodnom meradle však značí celkový objem financií vynaložených na konzumáciu ekonomických zdrojov investovaných na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (na zdravotné poistenie; kvalifikáciu a prácu zdravotníkov; zdravotnícke organizácie a inštitúcie; liečivá; zdravotnícke pomôcky a zariadenia; výskum atď.). Celkové výdaje, ktoré závisia nielen na cene, ale aj množstve (počtu) využívaných služieb (výkonov, testov, liečiv a pod.), sa rovnajú násobku týchto dvoch veličín. Na celkové zvyšovanie zdravotníckych nákladov má teda vplyv nielen samotný nárast cien, ale aj nadmerné využívanie drahých medicínskych služieb a technológií.<sup>16</sup>

Spojené štáty americké majú najdrahší zdravotnícky systém na svete. V porovnaní s ostatnými rozvinutými krajinami sveta (členmi Organizácie pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj – OECD) utratia naň najviac dolárov ročne a to nielen celkovo, ale i na osobu a zároveň mu venujú najväčší podiel hrubého domáceho produktu (HDP).<sup>17</sup> Zatiaľ čo v roku 1970 bolo na zdravotníctvo vydaných celkovo 73 miliárd dolárov (priemerne 341 USD na osobu; 7,2 % z HDP), v roku 1990 to už bolo o číselnú radu viac a to 724 miliárd (2853 USD na osobu; 12,5 % z HDP). Najstrmší

<sup>16</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s.272.

<sup>17</sup> „OECD Health Data 2010.” *Organisation for Economic Co-operation and Development*, <http://www.oecd.org/health/healthdata> (6. január 2011).

nárast však prišiel až s prelomom tisícročí. V roku 2000 Spojené štáty utratili 1,378 bilióna dolárov (4878 USD na osobu; 13,8 % z HDP) a hranicu dvoch biliónov prekročili v roku 2005 (2,021 bilióna USD celkovo; 6827 USD na osobu; 16 % z HDP) (viď. Príloha č.1 a Príloha č.2).<sup>18</sup> V roku 2009, kedy prebiehal ostrý reformný diškurz, sa na zdravotnícky rezort vynaložilo 2,5 bilióna dolárov, 8086 USD na osobu ročne a táto suma predstavovala podiel 17,6 % z národného HDP za daný rok, zatiaľ najvyšší nameraný údaj.<sup>19</sup> Je takmer isté, že trend sústavného narastania celkových zdravotníckych výdajov bude pokračovať i naďalej. Na základe výpočtov federálnej agentúry *National Health Expenditures (NHE)* sa predpokladá, že v roku 2019 by mali celkové zdravotnícke výdaje tvoriť takmer pätinu celkovej ekonomiky Spojených štátov (19,3 %).<sup>20</sup> Agentúra *Congressional Budget Office (CBO)* ide vo svojich predpovediach ešte ďalej. Tvrdí, že bez zásadných politických zmien zameraných na ich zníženie by sa náklady vyšplhali v roku 2025 na štvrtinu (25 %) a v roku 2050 na viac než tretinu (37 %) celkovej ekonomiky USA.<sup>21</sup>

Ekonomovia i politici varujú, že pokiaľ bude tento vývoj pokračovať a zdravotníctvo bude ukrajsť čoraz väčší podiel financií (verejných aj súkromných), bude to mať závažné ekonomické a tým aj politické dôsledky. Nielen že to finančne zasiahne ostatné verejné sektory (školsťvo, národná infraštruktúra, obrana), ktorým sa nedostane potrebné množstvo finančných zdrojov, pociťia to aj súkromné firmy, strácajúce kvôli narastajúcim platbám za zdravotné poistenie svojich zamestnancov

---

<sup>18</sup> „National Health Expenditures and Their Share on Gross Domestic Product, 1960-2009.” *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>. (27. marec 2011), <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=202>. a „National Health Expenditures per Capita, 1960-2009.” *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> (27. marec 2011) <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=854>.

<sup>19</sup> „Historical NHE, including Sponsor Analysis, 2009.” *Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group*, [http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25\\_NHE\\_Fact\\_Sheet.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage) (27. marec 2011).

<sup>20</sup> „Projected NHE, 2009-2019.” *Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group*, [http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25\\_NHE\\_Fact\\_Sheet.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage) (27. marec 2011).

<sup>21</sup> The Staff of Washington Post, *LANDMARK: America's New Health-Care Law and What It Means for Us All* (New York: PublicAffairs, 2010), s. 66.

svoju konkurencieschopnosť voči zahraničným spoločnostiam. Federálna vláda tak bude musieť pristúpiť buď k nepopulárnemu zvyšovaniu daní, alebo sa ešte viac zadlžiť, zatiaľ čo lokálne vlády jednotlivých štátov USA, spoluzodpovedné za sociálne programy Medicaid a SCHIP, budú musieť z finančných dôvodov časť zdravotných benefitov pre potrebných obmedziť.<sup>22</sup>

Ekonomické (zvyšovanie poisťných nákladov zamestnávateľov a spoluúčasti klienta zapríčinené celkovým zvyšovaním nákladov a cien v zdravotníctve)<sup>23</sup>, ale aj sociálne a demografické faktory (nezamestnanosť, starnutie populácie) majú nemalý vplyv aj na distribúciu finančných zdrojov v zdravotníctve. V oblasti peňažného pokrytia zdravotníckych služieb je tak možné pozorovať pozvoľné zmeny v pomere zastúpenia súkromného a verejného odvetvia už dnes. Hoci tu ešte stále dominuje súkromný sektor, ktorý v roku 2009 pokrýval 52,6 % celkových zdravotníckych nákladov,<sup>24</sup> podiel verejného sektoru financujúceho zvyšných 47,3 % narastá<sup>25</sup> (v porovnaní s rokom 1999 stúpol o takmer 5 %) (viď. Prílohu č. 4). Príčinou tohto trendu je starnutie populácie, vďaka ktorému bude federálne programy Medicare a Medicaid<sup>26</sup> využívať čoraz viac amerických seniorov. Vplyv štátu na zdravotnícke odvetvie sa tak bude naďalej zvyšovať.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> Barr, Donald A., *Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America*, s. 5-8.

<sup>23</sup> Zvyšovaním poisťného si súkromné poisťovne kompenzujú zvyšovanie celkových nákladov na zdravotnícku starostlivosť. Zamestnávatelia si vysoké poisťné kompenzujú zmenšovaním rozsahu zdravotníckych benefitov na jednej strane a zvyšovaním spoluúčasti zamestnanca (platieb z vlastného vrecka) na strane druhej. Podľa: „Employer Health Benefits: 2010 Summary of Findings.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://ehbs.kff.org/pdf/2010/8086.pdf> (23. apríl 2011).

<sup>24</sup> Súkromný sektor, rok 2009 - priame platby (14,3 %); individuálne zdravotné poistenie (4,2 %) a zdravotné poistenie sponzorované zamestnávateľom (34,1 %).

<sup>25</sup> Verejný sektor, rok 2009 - Medicare (22,5 %); Medicaid (16,5 %) a ďalšie vládne programy (SCHIP, TRICARE, VA) (8,3 %).

<sup>26</sup> Tzv. *Dual Eligibles*: osoby, spadajúce do programu Medicare, no spôsobilé využívať i časť benefitov programu Medicaid (domáca zdravotnícka starostlivosť; preplácanie programu Medicare z dôvodu chudoby a pod.). Podľa: „Glossary of Key Health Reform Terms.“ *Focus on Health Reform: the Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/upload/7909.pdf> (22. apríl 2011).

<sup>27</sup> „Distribution of Personal Health Care Expenditures by Source of Payment, 1999 and 2009.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services,

Čo je príčinou stúpajúcich cien zdravotníckych služieb a celkových nákladov na zdravotnícku starostlivosť? Odborníci sa zhodujú, že za to môže spolupôsobenie viacerých faktorov, ktoré majú ekonomický, organizačný a historický pôvod. Okrem všeobecnej inflácie, ktorá vplýva na cenu zvyšovaním výrobných nákladov zdravotníckych služieb či už rastom miezd, alebo cien zdravotníckych potrieb a liečiv,<sup>28</sup> je to tiež prítomnosť tzv. tretej strany (poistovňa, vláda), ktorá v zastúpení pacienta platí za služby a výkony. Pokiaľ nefungujú kontrolné mechanizmy, tak tento systém vyvoláva nadmerné využívanie služieb poháňané nielen zbytočnou spotrebou klienta, ktorý za ďalšie ošetrenie nemusí platiť z vlastného vrecka (*moral hazard*), ale i snahou poskytovateľov služieb získať čo najväčší zisk a tak pacientov navádzať k požadovaniu nadbytočných a drahých vyšetrení (*provider-driven demand*). Ďalším faktorom je už spomínaná nedokonalosť trhu amerického zdravotníctva, ktorý na rozdiel od regulovaných trhov verejných zdravotníckych systémov, ale aj typického vysoko konkurenčného voľného obchodu iných sektorov, nemá na znižovanie cien potrebné páky a aj pre veľkých zamestnávateľov, ktorí sú pri zaisťovaní zdravotného pokrytia pre svojich zamestnancov a ich rodiny schopní vyjednať s poisťovňami a poskytovateľmi zdravotníckych služieb kolektívne zľavy, sa v neprehľadnom a presýtenom trhu orientuje ťažko.

Nemenej dôležité sú dva nasledujúce faktory: tradičné nadužívanie drahých a technicky vyspelých medicínskych služieb a najnovších liečiv, na ktorých vývoj sú v Spojených štátoch vynakladané obrovské finančné prostriedky a poskytovanie tzv. defenzívnej medicíny ordinovaním nadbytočných diagnostických testov a vyšetrení v snahe vyhnúť sa obvineniam za zanedbanie starostlivosti (*malpractice*). Takéto plytvanie zdrojmi spolu s neobmedzenými finančnými kompenzáciami postihnutým stranám a vysokými poplatkami lekárov na poistenie proti obvineniam z nedbanlivosti, výrazne prispievajú k celkovému zvyšovaniu nákladov. Taktiež demografické zmeny vyvolané starnutím populácie s generáciou tzv. *baby-boomers* dosahujúcou dôchodkového veku, budú mať za následok nárast počtu príjemcov drahšej zdravotnej starostlivosti a poistencov už i tak preťaženého federálneho programu Medicare. Fragmentácia systému a s ňou spojené zbytočné administratívne náklady na marketing,

---

National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> (27. marec 2011) <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1349>.

<sup>28</sup> Celkové zdravotnícke náklady však stúpajú aj mimo vplyv inflácie.

financovanie, vytváranie kontraktov, správu platieb a dlhov a pod. tvorili v Spojených štátoch v roku 1999 až 31% celkových zdravotníckych nákladov (o takmer polovicu viac než v Kanade (17 %), kde funguje systém tzv. jedného platcu).<sup>29</sup> Na záver, tradičným zameraním americkej medicíny na liečbu už vzniknutého problému, pred jeho omnoho lacnejšou prevenciou, k znižovaniu nákladov taktiež neprispievajú.<sup>30</sup>

## **2.2 Nedostupnosť zdravotníckej starostlivosti: ACCESS**

Prístup k zdravotníckym službám (*access to health care*) je schopnosť získať včasnú, potrebnú, cenovo dostupnú a efektívnu zdravotnícku starostlivosť. Spolu so socioekonomickými faktormi (ekonomický príjem; rasa; pohlavie), životným prostredím, životným štýlom a dedičnosťou významne ovplyvňuje zdravotný stav populácie. Nedostupnosť zdravotníckych služieb pre milióny amerických občanov je preto jedným zo zásadných sociálnych problémov, ktorý musia súčasné Spojené štáty americké riešiť. Hoci je možnosť dosiahnuť na zdravotnícku starostlivosť ovplyvnená do istej miery kultúrnymi, jazykovými, vzdelanostnými, či geografickými bariérami medzi pacientom a zdravotníckym personálom, v súvislosti s dnešnou situáciou je to najmä otázka schopnosti pacienta si za služby zaplatiť, spojená predovšetkým s vlastnením súkromného či verejného zdravotného poistenia, ale tiež možnosti financovania starostlivosti z vlastného vrečka.<sup>31</sup> Spojené štáty sa od ostatných rozvinutých krajín sveta odlišujú tým, že ako jediné svojim obyvateľom neposkytujú univerzálne zdravotné poistenie, financované z daní a riadené vládou. To je naopak poskytované rôznymi druhmi poistných programov rozdelených podľa ich cieľovej skupiny, spôsobu financovania a riadenia medzi súkromný a verejný sektor.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry; Himmelstein, David U., „Costs of Health Care Administration in the United States and Canada.“ *The New England Journal of Medicine*, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa022033#t=articleDiscussion> (23. apríl 2011).

<sup>30</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s.272.a Sultz, Harry A.; Young Kristina M., *Health Care USA: Understanding Its Organization and Delivery* (Jones & Bartlett Publishers, 6. ed., 2009), s.23 a 25-28.

<sup>31</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s. 283; Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 17 a 24.

<sup>32</sup> Spôsoby úhrady zdravotnej starostlivosti a ich financovanie: 1. Súkromná sféra: a) priama platba v hotovosti (*out-of-pocket payment*); b) individuálne súkromné poistenie (*individual private insurance*) - klient platí komerčnej poisťovni poistnú prémie a poisťovňa mu hradí zdravotnú starostlivosť podľa



Napriek tomu, že dominantným zdrojom zdravotného poistenia na území Spojených štátov je súkromné poistenie sponzorované zamestnávateľom (*employment-based or employer-sponsored private insurance*), ktoré v roku 2009 pokrývalo 49 % poistencov (viď. Príloha č. 5), prepojenie zamestnania so zdravotným poistením nesie so sebou značné riziko. Každá zmena zamestnania, alebo jeho strata, či zmeny v rozsahu zdravotníckych benefitov v neprospech zamestnanca (zvyšovanie tzv. spoluúčasti), alebo ich úplné zrušenie z dôvodu vysokých poistných poplatkov, majú za následok automaticky aj stratu zdravotného poistenia, a to nielen pre zamestnanca, ale často i jeho rodiny. Navyše, kvôli vysokému poistnému, narastajúcemu z roka na rok i o desiatky percent,<sup>33</sup> si čoraz viac malých firiem a živnostníkov nemôže z finančných dôvodov benefit doplácania na zdravotné poistenie dovoliť vôbec.<sup>34</sup> Ďalším faktorom znižujúcim podiel súkromného zdravotného poistenia na trhu práce bol prechod amerického hospodárstva z vysoko kvalifikovanej a odbormi silno zastupovanej priemyselnej výroby, ponúkajúcej svojim zamestnancom širokú škálu benefitov vrátane zdravotného poistenia, do často nižšie plateného a odbormi nezastupovaného sektoru služieb a administratívnej práce, ktoré zdravotné benefity zabezpečujú v oveľa menšej miere a rozsahu. Pozorovaný pokles zamestnávateľmi sponzorovaného poistného krytia, či už spôsobený finančnou nedostupnosťou poistných plánov, alebo zmenami na pracovnom trhu, vedie k nárastu počtu nepoistených. Tých

---

zakúpeného plánu; c) zamestnávateľom sponzorované súkromné poistenie (*employment-based private insurance*) - zamestnávateľ a zamestnanec platia súkromnej poisťovni rozdielnu časť poistnej prémie, ktorá zamestnancom a jeho príbuzným hradí zdravotnú starostlivosť podľa zakúpeného plánu 2. Verejná sféra: a) federálny sociálny program pre ľudí nad 65 rokov (*Medicare*) – financovaný z daní pracujúcich občanov; b) federálny sociálny program pre rodiny a deti žijúce pod 133 % hranice chudoby, starších a mentálne či fyzicky postihnutých občanov berúcich sociálne dávky (*Medicaid*)- riadený štátmi a financovaný štátmi a federálnou vládou (50–76 %); c) federálny sociálny program pre deti žijúce pod 200 % hranice chudoby (*SCHIP*) riadený štátmi a financovaný z daní štátov a federálnej vlády; d) iné verejné programy (*TRICARE, VA a duálna spôsobilosť pre Medicare a Medicaid*). V Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 5-15.

<sup>33</sup> V roku 2000 platili zamestnávatelia za poistné prémie na rodinu priemerne 4819 USD, v roku 2005 už 8167 USD a v roku 2009 dokonca 9860 USD. Podľa: „Average Annual Worker and Employer Contributions to Premiums and Total Premiums Per Family Coverage, 1999-2010.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts, <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1545> (28. marec 2011).

<sup>34</sup> V roku 2009 iba 46 % firiem s počtom zamestnancov 3-9 ponúkalo zdravotné benefity. Podľa „Percentage of Firms Offering Health Benefits, by Firm Size, 1999-2010.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts, <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1515> (28. marec 2011).

by bolo dnes omnoho viac, nebyť federálnych programov Medicaid a SCHIP, ktorým sa tento trend podarilo dočasne zmierniť.<sup>35</sup> Mnoho ľudí sa však do týchto programov nekvalifikuje (pretože nie sú dostatočne chudobní), alebo z nich vypadnú z dôvodu získania dočasnej práce, či práce na polovičný úväzok. Počet nepoistených sa tak neustále výrazne mení, čo môže byť nepríjemné vzhľadom k tomu, že ochorenie ani úraz sa nedajú predvídať.<sup>36</sup>

Podľa posledných štatistík, žilo v roku 2009 na území Spojených štátov bez zdravotného poistenia 50 miliónov ľudí, o 5 miliónov viac než v roku 2007. Zatiaľ čo americkí občania predstavujú 80 % tejto skupiny, zvyšných 20 % tvoria rezidenti s trvalým pobytom na území USA (vlastníci zelených kariet), utečenci a ilegálni imigranti. Štúdia vypracovaná nadáciou *Kaiser Family Foundation* potvrdzuje hore uvedené údaje o negatívnych dopadoch prepojenosti zamestnania so zdravotným poistením keď uvádza, že príčinou tohto prudkého nárastu nepoistených je ekonomická recesia spojená so zvýšenou nezamestnanosťou. Väčšina nových nepoistených stratila buď svoje zdravotné poistenie v rámci svojho zamestnania, alebo zamestnanie a tým aj zdravotnú poisťku. Oproti roku 2007, kedy bolo cez svojho zamestnávateľa poistených 61 % populácie mladšej 65 rokov, to v roku 2009 bolo už len 57 %. K tomuto prepadu prispela do značnej miery aj nezamestnanosť, ktorá v roku 2009 dosiahla 10 % (v roku 2007 bola na hodnote 4,6 %).<sup>37</sup>

Porovnaním viacerých štúdií zameraných na charakteristiku skupiny ľudí bez zdravotného poistenia na základe ich zamestnanosti, ročného príjmu, veku či príslušnosti k etnickej menšine, sa dá povedať nasledovné. Neschopnosť dosiahnuť na zdravotné poistenie nie je principiálne problémom rodín s nízkymi príjmami, ale rodín s ročnými príjmami nad 22050 USD (federálna hranica chudoby),<sup>38</sup> z ktorých jeden,

---

<sup>35</sup> Začiatkom 90-tych rokov 20. storočia a znova začiatkom 21. storočia stúpol počet registrovaných do programov Medicaid a SCHIP o niekoľko miliónov. V roku 2009 pokrývali oba programy 17 % populácie pod 65 rokov. Podľa: Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 19 a „The Uninsured and the Difference Health Insurance Makes.“ *The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured: The Kaiser Family Foundation*, s. 1, <http://www.kff.org/uninsured/upload/1420-12.pdf> (29. marec 2011).

<sup>36</sup> Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 17-19.

<sup>37</sup> „The Uninsured and the Difference Health Insurance Makes,“ s. 1-2.

<sup>38</sup> ročný príjem štvorčlennej rodiny  $\geq 22050$  USD: 60 % (2009);  $\leq 22050$  USD: 40 % (2009).

alebo viacerí členovia pracujú na plný, či čiastočný úväzok.<sup>39</sup> Väčšina z nich má maximálne stredoškolské vzdelanie a pracuje v malých firmách (s menej než 25 zamestnancami), alebo na nízko-platených pracovných miestach, ktoré poskytujú benefity zdravotného poistenia v oveľa menšej miere. Podstatnú skupinu nepoistených tvoria ľudia mladší než 35 rokov (59 % v roku 2004; 57 % v roku 2009) a príslušníci etnických menšín s dominantným postavením hispánskej (30 % v roku 2004 a 32 % v roku 2008) a afroamerickej minority (16 % v roku 2004 a 21 % v roku 2008).<sup>40</sup>

Hoci je zdravotné poistenie základným faktorom pre využívanie zdravotníckych služieb, samo o sebe negarantuje ich finančnú dostupnosť. Príčinou je tzv. nedostačujúce poistenie (*underinsurance*), ktoré nielen že výrazne limituje prístup k potrebnej starostlivosti, no zároveň finančne ohrozuje ďalšie milióny poistených ľudí. Môžu za to poistné plány vynechávajúce veľké zdravotné výdaje, vysoké ročné poplatky (*deductibles*) a spoluúčasť (*copayments*), alebo medzery v pokrytí benefítov v poistnom pláne Medicare.<sup>41</sup> Ani poistenci Medicaid však nemajú k starostlivosti zaručený prístup. Nízke poplatky za ich liečbu spôsobujú, že mnoho lekárov odmieta týchto klientov ošetriť.

Či už je dôvodom nedostupnosti zdravotníckych služieb chýbajúce zdravotné poistenie, alebo iné okolnosti, nepoisteným a nedostatočne poisteným osobám sa všeobecne dostáva menej zdravotnej starostlivosti a v nižšej kvalite, ako dobre poistenej menej výraznej väčšine. Výsledkom tak nie je iba finančná záťaž a zneužívanie akútnej zdravotnej starostlivosti (*emergency rooms*), ktorú sú zdravotnícke zariadenia povinné zo zákona poskytovať a za čo sú dotované štátom, ale tiež zhoršený zdravotný stav tohto segmentu populácie spôsobený zanedbávaním preventívnej starostlivosti a včasnej liečby miernych zdravotných problémov, ktoré sa často rozvinú do omnoho vážnejších a drahších zdravotných stavov.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> plný úväzok: 56% (2004), 61 % (2009); čiastočný úväzok: 17 % (2004), 16 % (2009).

<sup>40</sup> Barr, Donald A., s. 224- 231 a „The Uninsured and the Difference Health Insurance Makes,“ s.1-2.

<sup>41</sup> Neschopnosť splácať účty za zdravotnícku starostlivosť bola v roku 2001 príčinou osobného bankrotu 2 miliónov Američanov (76% z nich malo zdravotné poistenie).

<sup>42</sup> Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 23.

### 2.3 Priemerná kvalita: QUALITY

Poslednou premennou, ktorá sa spolu s eskalujúcimi finančnými nákladmi a nedostatočnou dostupnosťou zdravotníckych služieb dostala do centra pozornosti odbornej verejnosti a politikov, je kvalita zdravotníckej starostlivosti, ktorá v mnohých ukazovateľoch zdravia dosahuje iba priemerný štandard. Napriek prvenstvu v množstve investovaných finančných prostriedkov a vývoji a využívaní technicky vyspelých prístrojov a metodológií, v porovnaní s inými krajinami sveta obyvatelia Spojených štátov v celkovom zdraví zaostávajú. V hodnotení detskej úmrtnosti na 1000 živo narodených detí sa v roku 2009 Spojené štáty ocitli až na 39. priečke, ďaleko za Francúzskom (7.), Českou republikou (13.), Portugalskom (26.), či dokonca Kubou (37.).<sup>43</sup> V priemernej predpokladanej dĺžke života pri narodení 81 rokov (ženy) a 76 rokov (muži) sa v roku 2008 nachádzali na 6. mieste (stále však za Japonskom (1./3.); Kanadou (4./3.); Izraelom (4./3), ale aj väčšinou západoeurópskych štátov, ktoré sa s nimi podelili o prvých päť priečok).<sup>44</sup>

Organizácia *Institute of Medicine* (IOM) definuje kvalitu ako stupeň úrovne zdravotníckych služieb, poskytovaných jednotlivcom a celej populácii v súlade s aktuálnymi profesionálnymi znalosťami, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť dosiahnutia žiaducich výsledkov zdravia. Pod termínom „zdravotnícka starostlivosť“ (*health care*) sa tu rozumie široké spektrum služieb ovplyvňujúcich fyzické a mentálne zdravie, poskytovaných zdravotníckym personálom (lekári; zubári; zdravotné sestry; terapeuti a pod.) v rôznych typoch zdravotníckych zariadení (nemocnice; súkromné ordinácie; komunitné centrá; hospice a pod.). Ako definícia ďalej naznačuje, pri posudzovaní kvality sa postupuje z dvoch perspektív - individuálnej a celkovej. Nesleduje sa primárne len oblasť služieb poskytovaných individuálnym pacientom (*individuals*), ale tiež starostlivosť poskytovaná v rámci celého zdravotníckeho systému (*population*).

---

<sup>43</sup> „Infant Mortality Rate (Total Deaths Per 1,000 Live Births) 2009.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=93&srt=2&ord=1#table> (2. apríl 2011).

<sup>44</sup> „Female Life Expectancy at Birth (Years) 2008.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=99&srt=2> (2. apríl 2011) a „Male Life Expectancy at Birth (Years) 2008.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=98&srt=2> (2. apríl 2011).

Výskum sa zameriava na dostupnosť vhodných zdravotníckych služieb pre rôzne segmenty populácie (nezávisle na ich kultúrnych, sociálne-demografických či geografických charakteristikách) s dôrazom na zlepšovanie zdravia obyvateľstva. Slovné spojenie „žiaduce výsledky zdravia“ (*desired health outcomes*) poukazuje na dôležitosť prepojenia samotného procesu poskytovania zdravotníckej starostlivosti s jeho predpokladanými výsledkami. V snahe dosiahnuť čo najlepších výsledkov by sa podľa IOM malo pri dôležitých rozhodnutiach týkajúcich sa zdravia pacienta prihliadať na jeho celkovú pohodu (telesnú aj duševnú) a dostatočnú informovanosť o možnostiach liečby. A na záver, aktuálna profesionálna znalosť (*current professional knowledge*) vyjadruje nielen potrebu zdravotníkov držať krok s dynamickým vývojom v jednotlivých profesiách, či k nemu aktívne prispievať, ale tiež schopnosť predpokladať a objasniť potenciálny vplyv nových postupov a technológií na zdravotný stav pacienta.<sup>45</sup>

Hoci je hore uvedená definícia kvality z 90-tych rokov 20. storočia všeobecne uznávaná, súčasní odborníci ju rozvíjajú o ďalšie nemenej dôležité aspekty. Podľa Bodenheimera a Grumbacha sa zdravotnícka starostlivosť považuje za vysoko kvalitnú, pokiaľ zdravým ľuďom umožňuje udržanie ich zdravia, akútne chorým zabezpečí rýchle uzdravenie a chronicky chorým pacientom čo najdlhší a plnohodnotný život. Kvalitnú starostlivosť ovplyvňujú nasledovné faktory: prístup k zdravotníckej starostlivosti (*access*);<sup>46</sup> adekvátne využívanie vedeckých poznatkov a technológií; profesionalita zdravotníckeho personálu;<sup>47</sup> oddelenie finančných a klinických rozhodnutí pri poskytovaní starostlivosti<sup>48</sup> a organizácia zdravotníckych inštitúcií zameraná na

---

<sup>45</sup> “quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.” V „America’s Health in Transition: Protecting and Improving Quality (1994).“ *Institute of Medicine*, , [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9147&page=3](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=3) a [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9147&page=4](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=4). (2. apríl 2011).

<sup>46</sup> vid’. Podkapitola 2.2.

<sup>47</sup> Prevencia úrazov v zdravotníctve (*medical injuries*) a zanedbania starostlivosti (*medical negligence*).

<sup>48</sup> Metóda priamych platieb za jednotlivé položky a výkony (*fee-for-service*) vedie k nadužívaniu starostlivosti (*overuse*). Naopak, platba na osobu (*capitation payment*), využívaná HMOs, vedie k nedostatočnému využívaniu zdrojov (*underuse*).

maximalizáciu zdrojov, personálu, prístrojovej techniky a pod.<sup>49</sup> Na úlohu dostupnosti zdravotníckej starostlivosti a financií v súvislosti s jej kvalitou upozorňujú aj autori Shi a Singh, ktorí tým reflektujú výsledky štatistík. Viac finančných prostriedkov či extenzívne využívanie moderných technológií (*overuse*) negarantuje automaticky lepšie výsledky. K zhoršeniu zdravia populácie naopak výdatne prispieva nedostatočný prístup k zdravotníckej starostlivosti, pretože vedie k jej nedostačujúcemu využívaniu (*underuse*).<sup>50</sup> V súvislosti s využívaním moderných technológií sa v Spojených štátoch tradične považuje za kvalitnú taká starostlivosť, ktorá ich intenzívne využíva a to aj v prípade, ak prinášajú iba minimálnu pridanú hodnotu. Naopak, akékoľvek snahy prístup k drahým vyšetreniam obmedziť (či už z dôvodu efektivity alebo ceny starostlivosti) sú americkou verejnosťou vnímané negatívne a takáto starostlivosť ako menej kvalitná.<sup>51</sup> Taktiež je zaujímavé, že zatiaľ čo v celkovom (systémovom) meraní kvality výsledkov zdravotníckej starostlivosti Spojené štáty zaostávajú, z individuálneho hľadiska je kvalita poskytovaných zdravotníckych služieb vnímaná pozitívne.<sup>52</sup>

## 2.4 Zhrnutie

Cena, dostupnosť a kvalita zdravotníckej starostlivosti (*cost, access quality*) sú tri hlavné faktory vymedzujúce základné problémy amerického zdravotníckeho systému, ktorým dnes čelia nielen politici, ale aj odborná verejnosť, manažéri zdravotníckych zariadení, poskytovatelia starostlivosti a pacienti. Spojené štáty americké vydávajú na zdravotnícku starostlivosť najvyššie peňažné náklady na svete. Zároveň, ako jediná industrializovaná krajina negarantujú pre svojich občanov k zdravotníckej starostlivosti univerzálny prístup. Počet ľudí žijúcich bez zdravotného poistenia narastá, čo má negatívny dopad nielen na dostupnosť, ale aj na kvalitu služieb a v konečnom dôsledku i na zdravie tejto časti populácie. Napriek vysokým očakávaniam americkej spoločnosti, požadujúcej najmodernejšiu starostlivosť bez ohľadu na jej cenu, je celkový výkon zdravotníckeho systému v porovnaní s inými

---

<sup>49</sup> Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, s. 111-116.

<sup>50</sup> Shi, Leiyu; Singh, Douglas A., s.290.

<sup>51</sup> Barr, Donald A., s. 40-42.

<sup>52</sup> V roku 2007 považovalo 83 % respondentov kvalitu im osobne poskytovanej zdravotníckej starostlivosti za výbornú. Podľa: Saad, Lydia, „No Increase in Public Pressure for Healthcare Reform,“ *Gallup Poll*, <http://www.gallup.com/poll/102931/Increase-Public-Pressure-Healthcare-Reform.aspx> (4. apríl 2011).

vyspelými krajinami sveta horší. Každá z uvedených problematík je dôležitá a každá si zaslúži pozornosť a pretože sa navzájom ovplyvňujú, akýkoľvek pokus reformovať jednu z nich sa nevyhnutne prejaví na ostatných dvoch. Túto situáciu v americkom zdravotníctve prirovnáva Donald A. Barr k rovnostrannému trojuholníku (*equilateral triangle*), ktorého uhly reprezentujú jednotlivé položky zdravotníckej starostlivosti. Podľa neho by akékoľvek snahy znížiť náklady za starostlivosť viedli buď k zníženiu kvality či skôr jej vnímania širokou populáciou (obmedzením množstva poskytovaných služieb), alebo prístupu k starostlivosti (nedostupnosťou zdravotného poistenia pre ešte väčší počet ľudí). Na druhej strane, zlepšenie dostupnosti starostlivosti pre momentálne nepoistených občanov (rozšírením zdravotného poistenia), by automaticky zvýšilo finančné náklady systému a pokusy zvýšiť dostupnosť a zároveň znížiť náklady by sa nevyhnutne prejavili v nižšej kvalite starostlivosti. A nakoniec, snahy zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti sprístupnením moderných technológií, liečebných postupov a liečiv širokej verejnosti by nielen že opäť navýšili náklady zdravotníckeho systému a vysoké ceny by viedli k nárastu počtu ľudí bez zdravotného poistenia. Ďalšou prekážkou komplexných zmien zdravotníckeho systému je podľa Barra napojenie základných problematík (*cost, access, quality*) na rôzne segmenty americkej spoločnosti reprezentujúce často protichodné záujmy. Zatiaľ čo jedna skupina zásahom do systému získava (pacient), iná automaticky stráca (poskytovateľ, výrobca technológií).<sup>53</sup>

Zmena rozsahu a komplikovanosť amerického zdravotníckeho systému, zasahujúceho v podstate celú americkú spoločnosť, bola a je pre reformátorov veľkou politickou výzvou. Pre americkú verejnosť predstavuje celospoločenský problém, ktorého neodkladné riešenie je dôležité nielen z ekonomického, ale aj sociálneho hľadiska. V snahe nezničiť krehkú stabilitu vzájomného pôsobenia ceny, dostupnosti a kvality zdravotníckej starostlivosti je preto nevyhnutné nájsť vhodný kompromis a pokúsiť sa riešiť všetky páľčivé oblasti systému naraz. Do akej miery sa to podarilo prezidentovi Obamovi a vládnucej Demokratickej strane sa ukáže v ďalších častiach práce.

---

<sup>53</sup> Barr, Donald A., s. 258-261.

### 3. Americký zdravotnícky systém a verejná mienka

Verejná politika nevzniká vo vákuu, ale odráža určitý verejný záujem. Preto sa politici pred zásahom do akejkoľvek oblasti verejnej politiky snažia zistiť do akej miery existuje po potenciálnej zmene dopyt. Potrebné informácie získavajú od svojich voličov, záujmových skupín a iných politikov, ale najmä od verejnosti, kvôli ktorej čoraz častejšie sledujú prieskumy verejnej mienky. Tie politikom na jednej strane prezradia čo si verejnosť v skúmanom období v danej oblasti želá a zároveň im pomáhajú identifikovať základné hodnoty spoločnosti. Získané informácie sa potom využívajú v politickej kampani zameranej na zaistenie podpory verejnosti pre danú politickú tému, alebo na oslovenie voličskej základne pred všeobecnými voľbami. Verejná mienka a politická aktivita sa navzájom ovplyvňujú. Na jednej strane pôsobí verejný záujem na vytváranie politickej agendy, na strane druhej môže politická aktivita v spornej oblasti naopak vyprovokovať záujem verejnosti. Pri návrhu dôležitého reformného zákona sa pozitívna verejná mienka a podpora spoločnosti stáva jedným zo základných elementov ovplyvňujúcim jeho presadenie. Záujem verejnosti o spornú tému, pokiaľ však nie je udržiavaný vyhrotenou politickou debatou a pozornosťou médií, postupom času cyklicky klesá (*issue attention cycle*).<sup>54</sup> Tým sa úspešnosť schválenia rozsiahlej reformy znižuje.<sup>55</sup>

Zdravotníctvo (*health care system*) a s ním spojená politika národného zdravia (*national health policy*) patria k najkomplexnejším, ale aj najcitlivejším oblastiam verejnej politiky Spojených štátov amerických (*public policy issue*).<sup>56</sup> Štúdiá magazínu *Health Affairs* skúmajúca vývoj a zmeny verejnej mienky v otázkach zdravotníckeho systému a zdravia dokazuje, že za posledných päťdesiat rokov bola americká verejnosť

---

<sup>54</sup> Zo začiatku sa verejnosť o tému (problém) zaujíma a jej pozornosť s mediálnym pokrytím témy a politickými aktivitami (rokovania Kongresu, prezidentské prejavy atď.) stúpa. V určitom bode však zistí, že riešenie problematiky nebude jednoduché, bude drahšie ako sa predpokladalo a pravdepodobne niektoré skupiny spoločnosti poškodí. Kritika prezentovaných návrhov zákona stúpa a podpora verejnosti začne klesať. Politici tak strácajú základný element potrebný pre dôležité politické rozhodnutia. Pozornosť verejnosti sa medzitým presunie na inú tému.

<sup>55</sup> Weissert, Carol S.; Weissert, William G., *Governing Health: the Politics of Health policy* (Baltimore: the John Hopkins University Press, 3. ed., 2006), s. 76 a 308-309.

<sup>56</sup> The Staff of Washington Post, *LANDMARK: America's New Health-Care Law and What It Means for Us All*, s. 3.



v tejto oblasti názorovo rozpoltená. Napriek všeobecnej nespokojnosti s americkým zdravotníckym systémom, s fungovaním súkromného poistenia či s odvetvím tzv. riadenej zdravotníckej starostlivosti (*managed care industry*), väčšina verejnosti nepovažovala zdravotníctvo za politickú prioritu a s vlastným zdravotným poistením i kvalitou poskytovanej starostlivosti bola väčšinou spokojná. Ďalej, hoci sa väčšina respondentov prikláňala v danom období k určitej forme národného zdravotníckeho systému financovaného z daní a nebránila by sa ani navýšeniu celkových zdravotníckych výdajov; zároveň prejavovala negatívny postoj voči federálnej vláde, zvyšovaniu daní či vzniku zdravotníckeho systému tzv. jedného platcu (*single-payer*) navrhovaného prezidentom Clintonom v roku 1993. Táto názorová „schizofrénia“ bola podľa autorov štúdie jedným z hlavných faktorov, ktoré v minulosti zabránili presadeniu rozsiahlejšej zdravotníckej reformy.<sup>57</sup> Na akej názorovej vlne sa nachádzala verejná mienka v prípade Obamovej reformy? Existoval spoločenský konsenzus volajúci po zásadnej zmene systému? Ktoré oblasti rezortu považovali americkí občania za problematické a naopak? Menil sa postoj verejnosti počas politickej debaty a prečo? V snahe zodpovedať na uvedené otázky bolo nutné zhodnotiť výsledky prieskumov verejnej mienky z troch rôznych časových úsekov: z obdobia prezidentskej volebnej kampane (rok 2007), schvaľovacieho procesu reformy (rok 2009) a obdobia po jej schválení (rok 2010).

### **3.1 Rok 2007: obdobie prezidentskej predvolebnej kampane**

Anketa organizácie *Gallup* z novembra roku 2007 potvrdila historické trendy vývoja verejnej mienky v otázke zdravotníctva. Americká verejnosť sa i naďalej omnoho viac obávala o zdravotnícky systém ako taký, než o svoje vlastné zdravotné poistenie či zdravotnícke služby, s ktorými bola väčšina spokojná. Na otázku možnej výmeny súkromného zdravotníckeho systému za nový, vládou riadený systém sa 48 % respondentov postavilo za súčasný systém (pokles zo 63 % od roku 2004) a nový systém si želalo 41 % (vzostup z 32 % od roku 2004). Takmer tri štvrtiny opýtaných (73

---

<sup>57</sup> Blendon, Robert J.; Benson John M., „Americans' Views on Health Policy: a Fifty-Year Historical Perspective,“ *Health Affairs*, Vol. 20, No. 2, 2001, s. 12-13,

<http://content.healthaffairs.org/content/20/2/33.full.html> (4. apríl 2011).

%) sa o zdravotníctve vyjadrovali negatívne (56 % si myslelo, že systém má veľké problémy a 17 % ho označilo za kritický). 30 % respondentov považovalo za najurgentnejšie problémy rezortu nedostatočnú dostupnosť zdravotníckych služieb (*access*)<sup>58</sup> a 26 % stúpajúce finančné náklady systému (*cost*)<sup>59</sup>. Otázka celkovej kvality zdravotníckej starostlivosti (*quality*), ktorá získala všeobecne pozitívnejší ohlas, sa v zozname urgentných problémov nenachádzala. Mierna polovica respondentov (54 %) ju totiž považovalo za dobrú až vynikajúcu. Oproti všeobecnému znepokojeniu so zdravotníckym systémom a jeho problematickými oblasťami (najmä dostupnosťou starostlivosti a stavom financií) stála už spomínaná relatívna spokojnosť s vlastným zdravotným poistením a starostlivosťou: 88 % respondentov ankety vlastnilo v danom období nejaké zdravotné poistenie,<sup>60</sup> ktoré väčšina z nich (77 %) označila za dobré až výborné; 83 % bolo spokojných s kvalitou zdravotnej starostlivosti a 57 % s jej cenou.<sup>61</sup>

Detailnejší obraz o postavení zdravotníctva v období prezidentských primárok nám podáva správa vypracovaná autormi *The New England Journal of Medicine*, ktorá respondentov ankiet rozdelila na priaznivcov (a potenciálnych voličov) Demokratickej a Republikánskej strany. Napriek všeobecnej nespokojnosti oboch táborov s hore uvedenými aspektmi zdravotníckeho systému (*cost, access, quality*) boli demokrati celonárodne i osobne kritickejší než republikáni. Stranícka názorová nezrovnalosť sa prejavila v odpovediach na možné riešenia stúpajúcich finančných nákladov, či počtu osôb bez zdravotného poistenia. Väčšina demokratov bola presvedčená, že primárnu zodpovednosť za prístup k zdravotníckej starostlivosti by mala mať federálna vláda, za čo by boli ochotní platiť i vyššie dane. Naopak, republikáni zaradili vlastníctvo zdravotného poistenia do oblasti individuálnej zodpovednosti a za najlepší spôsob kontroly cien i dostupnosti starostlivosti označili trhové využívanie služieb súkromných zdravotných poisťovní. Zdravotníctvo sa v porovnaní s ostatnými politickými témami

<sup>58</sup> 72 % ju považovalo za priemernú až nedostatočnú.

<sup>59</sup> S výškou finančných nákladov zdravotníckeho systému bolo vyslovene nespokojných 81 % respondentov.

<sup>60</sup> Podľa organizácie Gallup je však výsledok 11 % populácie bez poistenia podhodnotený a s reálnym počtom nepoistených sa zhoduje iba rámcovo. Skreslenie je dané metódou telefonickej ankety, ktorá určité segmenty spoločnosti, najmä z nižších vrstiev (bezdomovci; ľudia bez telefonickej linky) nereprezentuje dostatočne.

<sup>61</sup> Saad Lydia. „No Increase in Public Pressure for Healthcare Reform.“

<http://www.gallup.com/poll/102931/Increase-Public-Pressure-Healthcare-Reform.aspx> (4. apríl 2011).

umiestnilo relatívne vysoko. U voličov demokratických prezidentských kandidátov sa nachádzalo už na druhom stupni politickej priority<sup>62</sup> a republikánski voliči ho spolu s bojom proti terorizmu zaradili na štvrtú priečku<sup>63</sup>. V otázke riešenia jednotlivých problémov systému sa republikáni zamerali prednostne na znižovanie finančných nákladov, zatiaľ čo demokrati by okrem kontroly vysokých cien riešili najmä zabezpečenie zdravotného poistenia pre nepoistené osoby. Až dve tretiny demokratov očakávalo od svojich prezidentských kandidátov významnejší legislatívny návrh, ktorý by viedol k poistnému pokrytiu takmer všetkých nepoistených osôb a to aj v prípade, že by to viedlo k ďalšiemu navýšeniu finančných nákladov. Naopak, väčšina republikánskych voličov si podobný krok neželala a uprednostňovala menej nákladné, limitované rozšírenie poistného pokrytia.<sup>64</sup>

Problematika zdravotníctva sa v období prezidentskej predvolebnej kampane (2007-2008) stala jednou z ústredných politických tém. Verejná debata však odhalila už okrem spomínaných pretrvávajúcich názorových trendov (zdravotníctvo má veľké problémy, ale my sme so svojou zdravotnou poistkou a starostlivosťou spokojní) aj ideologické rozdelenie spoločnosti s rozdielnymi postojmi k potenciálnej zdravotníckej reforme. S celkovým stavom rezortu boli podstatne nespokojnejší demokratickí voliči, ktorí nielen že od budúceho prezidenta očakávali zásadnú reformnú aktivitu, zameranú primárne na rozšírenie zdravotného poistného pokrytia, ale aj nárast zodpovednosti federálnej vlády v tejto oblasti verejnej politiky. Republikáni naopak uprednostňovali postupné legislatívne zásahy s dôrazom na znižovanie nákladov, založené na trhovách mechanizmoch a individuálnej zodpovednosti, bez ďalšieho zvyšovania federálnych právomocí. Stranícka nekompatibilita návrhov riešení, spojená s celkovou spokojnosťou väčšiny americkej verejnosti so svojou osobnou situáciou, tak podľa autorov správy výrazne limitovala reálnosť presadenia zdravotníckej reformy v najbližšom období.<sup>65</sup> Do akej miery sa demokratickému prezidentskému kandidátovi Barackovi Obamovi

---

<sup>62</sup> Politické priority demokratov: 1. vojna v Iraku; 2. zdravotníctvo; 3. ekonomika.

<sup>63</sup> Politické priority republikánov: 1. vojna v Iraku; 2. ekonomika; 3. imigrácia; 4. zdravotníctvo a vojna proti terorizmu.

<sup>64</sup> Blendon, Robert J.; Altman, Drew E.; Deane, Claudia etc., „Health Care in the 2008 Presidential Primaries.“ *The New England Journal of Medicine*, Vol 358, No. 4, 24 Jan. 2008, s. 418-419. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr0708410#t=article> (4. apríl 2011).

<sup>65</sup> Blendon, Robert J.; Altman, Drew E.; Deane, Claudia etc., „Health Care in the 2008 Presidential Primaries.“ s. 419-420.

podarilo vyhrať prezidentské voľby vďaka téme zdravotníckej reformy je otázne. Podľa prieskumu KFF zdieľalo jeho názory na reformu zdravotníckeho systému celkovo 55 % registrovaných voličov (85 % demokratov; 47 % nezávislých a 15 % republikánov) a 67 % ich bolo presvedčených, že pokiaľ by voľby vyhral, reforma zdravotníctva sa stane jeho politickou prioritou.<sup>66</sup> Anketa Gallup Poll ďalej dopĺňa, že v problematike zdravotníctva, ktorú 41 % voličov považovalo za extrémne a 37 % za veľmi dôležitú politickú tému, by Barackovi Obamovi dôverovalo 56 % respondentov, zatiaľ čo jeho republikánskemu rivalovi Johnovi McCainovi 38 %.<sup>67</sup> Z uvedeného vyplýva, že hoci zdravotníctvo nebolo najdôležitejšou témou prezidentských volieb 2008 (boli nimi ekonomika a vojna v Iraku), zdá sa, že na zvolení Baracka Obamu za nového prezidenta Spojených štátov amerických zohralo určitú úlohu.

### **3.2 Rok 2009: obdobie legislatívneho procesu reformy**

Pozvoľnú zmenu postoja verejnosti voči reformným aktivitám novozvoleného demokratického prezidenta Baracka Obamu a demokratického Kongresu, v súvislosti s vyostrovaním politickej debaty v období schvaľovacieho procesu, je možné pozorovať zo štúdií a prieskumov verejnej mienky publikovaných v rôznych obdobiach roku 2009, počas ktorého bola zdravotnícka reforma rozpracovaná a intenzívne prejednávaná nielen vo výboroch oboch komôr Kongresu, ale aj v médiách a na verejnosti.

Na základe štúdie vypracovanej nadáciou *Kaiser Family Foundation (KFF)* a *Harvard School of Public Health*, považovala americká verejnosť v januári 2009 reformu zdravotníckeho systému, vnímanú ako súčasť vládnych snáh o zmiernenie ekonomickej recesie, za politickú prioritu prezidenta Obamu i nového Kongresu. 61 % respondentov bolo presvedčených, že za daných okolností „je viac než kedykoľvek

---

<sup>66</sup> „Kaiser Health Tracking Poll: Election 2008.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7831.pdf> (4. apríl 2011).

<sup>67</sup> „Election 2008 Topics and Trends.“ *The Gallup Poll*, <http://www.gallup.com/poll/17785/Election-2008.aspx#2> (4. apríl 2011).

predtým dôležité o reformou zdravotníctva usilovať.“ Za tri základné stavebné kamene reformy systému boli označené: finančná dostupnosť (39 %), rozšírenie poisťného krytia (30 %) a úprava poskytovania starostlivosti zvýšením jej kvality a efektívnosti vynaložených nákladov (18 %). Všeobecnú podporu verejnosti a to naprieč politickým spektrom získali najmä návrhy zlepšenia ochrany spotrebiteľa (poisťníka, pacienta) a regulácie praktík zdravotných poisťovní. Až osem z desiatich Američanov (78 %) podporovalo nutnosť poisťovní poskytovať zdravotné poistenie všetkým bez ohľadu na predchádzajúce zdravotné ťažkosti (tzv. *pre-existing conditions*). Túto nehumánnu metódu odmietania poisťného krytia určitého ochorenia (napr. rakoviny, alebo vzácnej dedičnej, či autoimúnnej choroby), ktoré bolo klientovi diagnostikované nejakú dobu pred uzavretím poisťky, súkromné poisťovne využívajú v snahe vyhnúť sa klientom konzumujúcim mnoho a finančne náročných zdravotníckych služieb.<sup>68</sup> Podobne, 65 % respondentov by znížilo administratívne náklady a 62 % dokonca zisk poisťovní. A nakoniec, viac než polovica opytovaných by podporila zvýšenie vládnej regulácie cien liečiv (52 %) a celkových cien rezortu (51 %). Oproti relatívne silnému konsenzu v hore uvedených návrhoch však vystúpili oblasti, ktoré verejnú mienku ostro rozdelili na liberálny a konzervatívny smer. Jednou z nich je otázka financovania reformy. Za poisťné pokrytie pre ďalšie osoby by bolo ochotných si priplatiť (zvýšením daní) až 59 % demokratov, zatiaľ čo väčšina republikánov (67 %) by s tým nesúhlasila. Ďalšou spornou oblasťou bolo načasovanie reformy. Až sedem z desiatich demokratov považovalo presadenie zdravotníckej reformy v období ekonomického kolapsu za nevyhnutné. Naopak, 62 % republikánov bolo presvedčených, že práve z ekonomických dôvodov si Spojené štáty reformu dovoliť nemôžu. Ako štúdia ďalej upozorňuje, správne načasovanie reformy a sila argumentácie boli tiež veľmi dôležité.<sup>69</sup>

Na osobnejšie vnímanie zdravotníctva a reformy sa zamerala anketa z februára 2009, podľa ktorej sa v tomto období verejnosť obávala najmä o finančnú dostupnosť zdravotníckych služieb. Viac než polovica respondentov (53 %) obmedzila za posledný

---

<sup>68</sup> 78 % politicky nezávislých; 77 % demokratov a 58 % republikánov.

<sup>69</sup> „The Public’s Health Care Agenda for the New President and Congress.” *News Release: the Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/kaiserpolls011509nr.cfm> (4. apríl 2011).

rok z finančných dôvodov využívanie zdravotníckej starostlivosti<sup>70</sup> a jedná pätina (19 %) sa kvôli účtom za nevyhnutnú liečbu dokonca zadlžila. V súvislosti s prehľbujúcou sa ekonomickou krízou sa 45 % opýtaných obávalo hlavne stúpajúcich cien a poistných poplatkov a 38 % o celkovú finančnú dostupnosť potrebnej starostlivosti. Napriek všeobecnej podpore reforme si až 58 % respondentov neželalo, aby navrhované zmeny zvyšovali náklady systému a rovnaké percento (56 %) si neprialo meniť vlastné poistné usporiadanie (poistky, liečebné plány a pod.). Najväčšej dôvere v otázke zdravotníckej reformy sa v skúmanom období tešil prezident Obama (72 %), nasledovaný lekárskymi organizáciami (60 %) a Demokratmi v Kongrese (57 %).<sup>71</sup>

Predchádzajúce prieskumy verejnej mienky sa zameriavali najmä na obavy a očakávania amerických občanov v súvislosti s avizovanou zdravotníckou reformou. Ankety z októbra a novembra 2009 však zaznamenali tiež ich reakcie na detaily jednotlivých návrhov (spracovávaných výbormi oboch komôr Kongresu) a taktiež na vyhrotený politický boj, ktorý v druhej polovici roku vrcholil.<sup>72</sup> Hoci si i naďalej väčšina Američanov (58 %) želala presadenie zdravotníckej reformy, v súvislosti s navrhovanými zákonmi a sprievodnou debatou sa spoločnosť rozdelila na tri takmer identické skupiny. Zatiaľ čo bolo 35 % zástancov reformy s obsahom i priebehom legislatívneho procesu spokojných, 33 % stúpencov bolo naopak z celého postupu sklamaných a zvyšných 26 % respondentov si reformu zdravotníckeho rezortu neželalo vôbec.

Z hľadiska straníckej príslušnosti sa medzi zástancov reformy, ktorí si želali reformu v tomto období („teraz“) a s navrhovanými zmenami súhlasili, sa radili väčšinou demokrati (57 %). Tí okrem už spomínaných obáv z nedostatočnej dostupnosti starostlivosti (34 %), vysokých finančných nákladov (24 %) a celkovej organizácie systému (13 %), uvádzali tiež morálne a vlastenecké dôvody svojej podpory.

<sup>70</sup> 35 % sa liečilo domácimi a voľne dostupnými liekmi; 34 % vynechalo zubné prehliadky a starostlivosť; 27 % odložilo potrebnú zdravotnú starostlivosť; 21 % si nevybralo lieky na predpis a 15 % znížilo predpísané dávky liekov na polovicu.

<sup>71</sup> „Public Opinion on Health Care Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Feb. 2009: the Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7866.pdf> (10. apríl 2011).

<sup>72</sup> „Overview.“ *The New York Times*, March 24th 2011, [http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health\\_insurance\\_and\\_managed\\_care/health\\_care\\_reform/index.html](http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html) (3. február 2011).

Oponentmi presadzovania reformy „teraz“ boli prevažne republikáni (53 %), ktorí ju odmietali z dôvodov ďalšej finančnej záťaže (27 %), potreby riešenia iných politických priorít (26 %), z obáv z prílišného zasahovania vlády do súkromnej sféry (14 %) a iných špecifických požiadaviek (12 %). V súvislosti s osobne pociťovaným prospechom sa verejnosť rozdelila tiež na sociálnej a demografickej báze. Reforma získala väčšiu podporu u mladších osôb, členov etnických a rasových menšín, ľudí s nižším vzdelaním a príjmom a samozrejme všetkých bez zdravotného poistenia. Naopak, veľká skupina seniorov (osôb starších 65 rokov a poistencov Medicare) preferovala status quo.

Pri porovnaní osobných preferencií jednotlivých položiek reformy sa pre verejnosť ukázali byť dôležitými nasledujúce návrhy. Zabezpečenie finančne dostupného zdravotného poistenia aj pre bežného občana si želalo 79 %, a možnosť získania poistného pokrytia pre osoby s predchádzajúcimi zdravotnými problémami očakávalo od nového zákona 71 % respondentov. Hoci si 69 % opýtaných neprialo zvyšovanie už i tak kritického rozpočtového deficitu, až 65 % ich zároveň očakávalo federálnu finančnú pomoc pre dovtedy nepoistené osoby. Na hornej priečke priorít sa pre 68 % ľudí nachádzalo i vyplnenie tzv. diery v koláči (*doughnut hole*) v programe Medicare, zameranému na poistné krytie liekov na predpis.<sup>73</sup> Zaujímavé je, že vytvorenie vládou riadenej verejnej zdravotnej poisťovne (tzv. *public option*), ktorá by konkurovala súkromným poisťovňam, a ktorá bola v danom období predmetom najväčších straníckych sporov a mediálnej hystérie, považovalo za podstatné len 47 % opýtaných.

Napriek postaveniu jednotlivých položiek v osobnom rebríčku sa relatívne vysokej podpore tešili tri základné kamene reformy. Povinnosť vlastniť zdravotné poistenie, ktorá zahŕňa finančnú pomoc pre tých, ktorí si ho dovoliť nemôžu, tzv. individuálny mandát (*individual mandate*) podporovalo 72 % respondentov a povinnosť zamestnávateľa poskytovať svojim zamestnancom zdravotné poistenie, alebo finančnú kompenzáciu tzv. zamestnávateľský mandát (*employer mandate*) si želalo presadiť 68 %. Už spomínanú, vládou riadenú verejnú zdravotnú poisťovňu (*public option*)

---

<sup>73</sup> *Doughnut Hole*: medzera v poistnom krytí liekov na predpis programu Medicare (časť D) a jasná legislatívna absurdita, podľa ktorej si poistenec musí uhradiť plnú cenu liekov spadajúcu do rozdielu medzi prvotnou poisťkou (hradiacou 75 % ceny liečiv do čiastky 2830 USD ročne) a katastrofickou poisťkou (pokrývajúcou 95 % ceny liečiv od čiastky 6640 USD ročne). V roku 2010 sa jednalo o sumu



podporovalo 59 % opýtaných. Ako však anketa upozorňuje, postoj verejnosti voči týmto komplexným návrhom nestagnoval, ale sa na základe argumentov a ich mediálnej prezentácie pohyboval oboma smermi.<sup>74</sup> V otázke financovania reformy bola americká spoločnosť rozdelená už tradične na dva tábory. Zatiaľ čo 42 % by bolo ochotných platiť vyššie dane, nadpolovičná väčšina (58 %) túto možnosť odmietala. Pri pohľade na ďalšie možnosti získania potrebných financií by sedem respondentov z desiatich podporilo zvýšenie daní pre skupinu ľudí zarábajúcich viac než 500 tisíc USD ročne (≥ 1 milión na rodinu ročne), 63 % by súhlasilo so zdanením zdravotných poisťovní predávajúcich extrémne drahé poisťky a 57 % by dokonca spoplatnilo poisťovne podľa veľkosti ich obchodu.<sup>75</sup> Anketa organizácie *Pew Research Centre*, prevedená v rovnakom období, dopĺňa debatu o ďalšie zaujímavé aspekty. Nepomer medzi opozíciou voči celkovej reforme a vysokou podporou jednotlivých položiek bol podľa nej výsledkom vnímania reformnej politickej diskusie, ktorú až 66 % verejnosti označilo za „ťažko pochopiteľnú.“ V oblasti zvládania zdravotníckej reformy dôverovala prezidentovi Obamovi už iba polovica respondentov (pokles zo 72 % od februára 2009) a demokratickému Kongresu 45 % (pokles z 57 % od februára 2009).<sup>76</sup>

### **3.3 Rok 2010: obdobie po schválení reformy**

Posledným skúmaným obdobím v súvislosti s vývojom verejnej mienky voči Obamovej zdravotníckej reforme je rok 2010, ktorý bol nielen že rokom konečného schválenia reformného zákona PPACA, ale i všeobecných volieb do Kongresu tzv.

---

3610 USD. Podľa: „Glossary of Key Health Reform Terms.“ *Focus on Health Reform: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/upload/7909.pdf> (3. február 2011)..

<sup>74</sup> Napr. tzv. *employer mandate* (alebo povinnosť zamestnávateľov poskytovať svojim zamestnancom zdravotné poistenie) podporovalo pôvodne 71 % respondentov. Na základe argumentov, že by jeho uzákonenie viedlo k strate životaschopnosti firiem a vyššej nezamestnanosti, jeho podpora klesla na 29 %.

<sup>75</sup> „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Nov. 2009: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8020.pdf> (10. apríl 2011).

<sup>76</sup> „Mixed Views on Economic Policies and Health Care Reform Persist, 8. Oct. 2009.“ *The Pew Research Center*, <http://people-press.org/2009/10/08/mixed-views-of-economic-policies-and-health-care-reform-persist/> (10. apríl 2011).



*midterm elections*. Pre danú tému sú tak najzaujímavejšie ankety z obdobia tesne po podpísaní zákona PPACA a o pol roka neskôr (6 týždňov do volieb).

Podľa prieskumu z apríla 2010 vedela o podpísaní zdravotníckej reformy prezidentom Obamom v marci 2010 väčšina Američanov (81 %), no viac než polovica (56 %) si nebola istá osobnými dopadmi reformy na svoj život. Napriek pretrvávajúcemu zmäteniu bola s jednotlivými položkami zákona veľká časť respondentov oboznámená. Až sedem z desiatich správne odpovedalo, že nový zákon poskytne pre nízko a stredne zarábajúcich občanov dotácie na platbu poistky, bude vyžadovať tzv. individuálny mandát (povinnosť zdravotného poistenia) a dospelým deťom do 26 rokov umožní zostať na zdravotnej poisťke rodičov. Zhruba 60 % opýtaných ďalej vedelo, že podľa nového zákona bude napríklad rozšírený program Medicaid, malé firmy dostanú za poskytovanie zdravotného poistenia daňové úľavy (*tax credits*) a zdravotné poisťovne budú musieť poistiť každého bez ohľadu na jeho zdravotný stav a poskytnúť im minimálne poistné pokrytie podľa zákona<sup>77</sup>. V otázke vplyvu zdravotníckej reformy na stav verejného deficitu zostala americká verejnosť skeptická a to aj napriek predpovediam agentúry *Congressional Budget Office (CBO)*, že zákon v dlhodobom horizonte deficit verejných financií zníži.<sup>78</sup> Majorita opýtaných si i naďalej myslela opak (45 %).

Celkový postoj voči novému zákonu zostával i naďalej ostro rozdelený a to po stránke aj ideologickej línie. Celkovo ho vnímalo pozitívne 46 %, negatívne 40 % a 14 % zostalo nerozhodných. Podporovalo ho zhruba osem z desiatich demokratov, no rovnaký počet republikánov bol proti nemu. Z ideologického hľadiska sa za schválený zákon postavilo 71 % liberálov a 55 % umiernených a naopak, proti bolo 64 %

<sup>77</sup> Nové zdravotné poisťky by mali podľa zákona poskytovať aspoň minimálny balíček služieb, s minimálnou finančnou spoluúčasťou a platbami z vlastného vrecka, so 100 % pokrytím preventívnych prehliadok a bez ročných a doživotných poistných limitov. Podľa: „Summary of Coverage Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm> (24. apríl 2011).

<sup>78</sup> CBO predpovedal, že uzákonenie zákonov *PPACA* (HR 3590) a *Reconciliation Bill* (HR 4872) by malo v období 2010-2019 ušetriť na priamych výdajoch a štátnych príjmoch až 124 miliárd USD. Podľa „H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation).“ *Congressional Budget Office*, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf> (20. november 2010).

konzervatívco. V porovnaní s polarizáciou v celkovým vnímaním reformy sa veľkej popularite tešili mnohé nariadenia, ktoré mali byť realizované v krátkom časovom horizonte (prevažne do konca roku 2010) a to bez ohľadu na stranícku príslušnosť respondenta. Z jedenástich položiek boli najobľúbenejšie: daňové úľavy pre malé firmy ponúkajúce zdravotné poistenie, prístup k preventívnej starostlivosti bez finančnej spoluúčasti klienta, zákaz poisťovniam selektovať klientov na základe zdravotného stavu od roku 2014 (u detí už od roku 2010), či peňažná pomoc pre seniorov spadajúcich do tzv. *doughnut hole* v rámci financovania programu Medicare.

Veľké rozpory sa naopak objavili v názoroch na osobný dopad reformy, kde si jedna tretina respondentov myslela, že jej reforma prinesie úžitok (31 %), druhá očakávala ujmu (32 %) a posledná tretina nepredpokladala žiadnu zmenu (30 %). Už tradične si 55 % demokratov myslelo, že by si reformou polepšilo a 64 % republikánov, že by si ňou pohoršilo. Rozdiely vo vnímaní osobného úžitku boli pozorovateľné aj v súvislosti s vekom respondentov. Zhoršenie svojej zdravotnej situácie v súvislosti s novým zákonom očakávalo 28 % ľudí pod 65 rokov, no až 47 % seniorov. Schválenie zdravotníckej reformy vyvolalo u verejnosti celú škálu emócií. Zatiaľ čo 45 % respondentov vyjadrilo s ním spokojnosť, rovnaký počet bolo sklamaných a viac než polovica (55 %) bola z reformy celkovo zmätená<sup>79</sup>. 30 % opýtaných vyjadrilo zlosť, z toho 16 % veľkú. Predovšetkým ju prežívali osoby, očakávajúce zhoršenie poskytovanej zdravotníckej starostlivosti (70 %); ktorým sa nový zákon z nejakého dôvodu nepáčil (63 %); republikáni (57 %); konzervatívci (51 %) a seniori (45 %).<sup>80</sup>

Anketa vykonaná nadáciou KFF v septembri 2010, tzn. pol roka od uzákonenia zdravotníckej reformy a mesiac a pol pred konaním kongresových volieb, sa zamerala nielen na celkové vnímanie reformy a znalosť jednotlivých nariadení, ale taktiež na vplyv presadenia reformy na rozhodnutie potenciálnych voličov v blížiacich sa voľbách. V porovnaní s predchádzajúcim prieskumom sa celkové vnímanie reformy zmenilo iba nepatrne. Pozitívne ju vnímalo 49 % respondentov a negatívne 40 %. Z pomedzi oponentov by ju ihneď odvolalo 26 %. Rovnaké zostalo aj rozdelenie verejnosti

---

<sup>79</sup> Z tých, ktorí boli z reformy zmätení, 61 % bolo proti zákonu PPACA a 44 % v jeho prospech.

<sup>80</sup> „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Apr. 2010: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8067-F.pdf> (16. apríl 2011).

v otázke reformy po straníckej línii s proreformne naladenými demokratmi, oponujúcimi republikánmi a nezávislými, rozdelenými na dva takmer rovnaké skupiny prikláňajúce sa na jednu, alebo druhú stranu.<sup>81</sup> Napriek tomu sa nadpolovičná väčšina Američanov zhodla na tom, že z nového zákona budú profitovať najviac ľudia bez zdravotného poistenia, osoby s nízkym príjmom a s predchádzajúcimi zdravotnými komplikáciami (*pre-existing conditions*). V otázke užitočnosti reformy pre strednú triedu, federáciu ako takú, či seniorov sa verejnosť opäť rozdelila na takmer identické tábory bez prevahy jedného z nich. A hoci bola reforma schválená bez účasti Republikánov a americká spoločnosť ju vnímala do veľkej miery skrze stranícku príslušnosť, pri pohľade na zásluhy oboch politických strán na riešení základných problémov zdravotníckeho systému, to bola Demokratická strana, ktorá u verejnosti získala vďaka presadeniu reformného zákona väčší kredit. Zhruba šesť z desiatich respondentov ju označilo za stranu, ktorá pre rozšírenie poistného pokrytia populácie a zlepšenie celkovej dostupnosti zdravotného poistenia vykonala viac. V otázke znižovania finančných nákladov v zdravotníctve viedli Demokrati oproti Republikánom už s menším rozdielom (42 % ku 31 %), čo je zaujímavé, vzhľadom k tomu že Republikáni sa prezentujú ako fiškálne zodpovedná strana.

V súvislosti s blížiacimi sa voľbami by zdravotnícka reforma ovplyvnila účasť vo voľbách jednej tretiny voličov (32 %). V zozname dôležitých volebných tém sa spolu s celkovou nespokojnosťou s vládou dostala na druhú priečku volebnej priority, hneď po ekonomike a zamestnanosti, ktoré ako prioritu označilo 37 % opýtaných. Politický postoj kandidáta počas schvaľovania reformy by bol smerodajným pre 45 % respondentov, no iba pre 10 % by bol faktorom rozhodujúcim. Kongresmana hlasujúceho v prospech zdravotníckej reformy by podporilo 36 % respondentov, 28 % by ho kvôli tomu naopak nevolilo a pre zvyšných 34 % by jeho hlasovanie nemalo na voľbu žiaden vplyv. Významnou voličskou skupinou sa v nadchádzajúcich voľbách stali seniori, u ktorých sa zdravotníckej reforma nachádzala na treťom stupni volebných priorít (po ekonomike a znižovaní rozpočtového deficitu) a takmer polovica (49 %) ich so schválením reformy i naďalej nesúhlasila, pretože v nej nevidela žiaden osobný úžitok. Ich postoj však súvisel viac s nedostatočnou informovanosťou o novom zákone ako s ideológiou. Takmer polovica seniorov nevedela, že zákon obsahuje zmeny

---

<sup>81</sup> 75 % demokratov reformu podporovalo, 75 % republikánov bolo proti nej a nezávislí voliči boli rozdelení na dva tábory s 42 % hlasujúcich v prospech reformy a 45 % v jej neprospech.

programu Medicare a tí, ktorí o nich vedeli si pamätali najmä tie s negatívnym významom (napr. zníženie platieb Medicare pre poskytovateľov starostlivosti, či zvýšenie dane financujúcej program Medicare pre bohatých Američanov). Iba štyria z desiatich boli informovaní o uzavretí nepopulárnej „doughnut hole.“<sup>82</sup>

### 3.4 Zhrnutie

Na základe pozorovania získaného porovnaním prieskumov verejnej mienky v troch sledovaných obdobiach, sa dá povedať nasledovné. V období prezidentskej predvolebnej kampane bola americká spoločnosť v otázke zdravotníctva podobne ako v minulosti rozpoltená. Napriek všeobecnej nespokojnosti so zdravotníckym systémom a narastajúcim znepokojením nad stúpajúcimi nákladmi rezortu a počtom nepoistených osôb, považovanými za najväčšie problémy rezortu, bola väčšina Američanov so svojim vlastným poisteným aj kvalitou starostlivosti paradoxne relatívne spokojná. Spoločenská objednávka komplexnej zdravotníckej reformy, zameranej primárne na zlepšenie prístupu k starostlivosti zabezpečením finančne dostupného zdravotného poistného krytia a zníženie finančných nákladov rezortu, vychádzala prevažne od voličov demokratických kandidátov, ktorí očakávali v tomto smere zvýšenú politickú aktivitu. Avšak, rozpory v návrhoch riešení, vychádzajúce z ideologického presvedčenia o úlohe vlády, výške daní či miere zodpovednosti v otázke zdravia, možné presadenie reformy a priori komplikovali.

Rok 2009 bol preto v otázke zdravotníckej reformy, ktorá sa stala jednou z politických priorít novozvoleného prezidenta Baracka Obamu, obdobím turbulentných výkyvov verejnej mienky, ktorá tak reagovala na narastajúcu polarizáciu politických strán a spoločnosti. Napriek počiatočnému vnímaniu reformy ako jedného z prostriedkov ozdravenia ekonomickou krízou zničených verejných financií a pozitívneho postoja verejnosti k špecifickým položkám reformy zameraným prevažne na ochranu spotrebiteľa (pacienta) a reguláciu súkromného poisťovníctva, sa

---

<sup>82</sup> „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Sep. 2010: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8104-F.pdf> (16. apríl 2011).

s narastajúcou politickou polarizáciou a mediálnou kampaňou ultrakonzervatívnej občianskej organizácie Tea Party a Republikánskej strany začala verejnosť od Obamovej reformy pozvoľna odvracať a voči reformným návrhom sama polarizovať a to nielen po stránickej, ale aj ideologickej, sociálnej a demografickej línii. Je však otázne, do akej miery bola príčinou rozdelenia a všeobecného znechutenia spoločnosti celková neprehľadnosť a komplikovanosť navrhovaných zmien, alebo zdĺhavosť legislatívneho procesu, čiže klasická čiastočná strata záujmu o príliš komplexnú tému (*issue attention cycle*), a do akej miery bol jej postoj zmanipulovaný vyhrotenou sprievodnou politickou diskusiou a stránickou polarizáciou.

Zdá sa však, že napriek významnému politickému úspechu, ktorý prezident Obama i demokratický Kongres vďaka presadeniu reformného zákona PPACA v marci 2010 získali, sa názorový rozpor americkej verejnosti v otázke reformy zdravotníctva preniesol do predvolebnej kampane a spolu s ďalšími politickými témami (stav verejných financií; vysoká nezamestnanosť a vojna v Afganistane) ovplyvnil výsledok kongresových volieb, v ktorých Demokrati utrpeli veľkú volebnú porážku. Na príklade zdravotníckej reformy je možné pozorovať vzájomné pôsobenie verejnosti a politikov, kedy spoločenská objednávka a znepokojenie nad situáciou v rezorte viedli k zaradeniu reformy systému medzi politické priority novozvoleného prezidenta, no komplikovaný schvaľovací proces a obsah reformy a často až hysterická mediálna kampaň na túto tému spoločnosť naopak zneisteli a v konečnom dôsledku polarizovali.

## 4. Reforma zdravotníctva 2010 a Barack Obama

Úloha prezidenta Spojených štátov amerických v procese zameranom na zmenu vnútornej politiky bola zhruba do prvej tretiny 20. storočia limitovaná a vo vzťahu ku Kongresu ako hlavnému zákonodarnému orgánu prakticky slabšia. V systéme rozdelených právomocí, danom Ústavou Spojených štátov amerických, mohol prezident domácu politickú agendu ovplyvňovať iba obmedzene a to najmä vyčlenením finančných zdrojov a nábádaním ostatným politickým funkcionárov k iniciatíve v oblastiach jeho politického záujmu.<sup>83</sup> Situácia sa však od obdobia aktívnej reformnej politiky Nového údelu prezidenta Franklina D. Roosevelta (FDR) zmenila a po druhej svetovej vojne bol koncept zákonodarnej funkcie prezidenta už všeobecne rozšírený. V súčasnosti je prezident sám dôležitým politickým aktérom (*chief legislator*) s vlastnou vnútropolitickou agendou a inštitucionálnou základňou zameranou na tvorbu a kontrolu domácej politiky. Spolu s rozširovaním právomoci exekutívy v tejto oblasti však narastali aj pokusy vyháňať sa kontroverzným vnútropolitickým témam. Príčinou tohto paradoxného jednania je fakt, že presadzovanie ambiciózne vnútro politickej agendy býva politicky riskantné a málokto prezident je v ňom úspešný (výnimkou bol okrem už spomínaného FDR i prezident Lyndon B. Johnson). Napriek tomu sa dnes od hlavy štátu očakáva (Kongres, média i verejnosť), že domácu politiku do svojej kampane zaradi a po svojom zvolení sa pokúsi sľuby v tejto oblasti naplniť.<sup>84</sup>

### 4.1 Exekutíva a domáca politika

Súčasný prezident sa musí orientovať v dvoch kompletne odlišných politických sférach - vnútro politickej a zahraničnopolitickej, z ktorých každá si vyžaduje inú spoluprácu sektorov vlády a má rozdielne charakteristické znaky. Tradične väčšiu

---

<sup>83</sup> Napr. prezidenti Theodore Roosevelt a Woodrow Wilson presadili tesnou spoluprácou s Kongresom (predovšetkým s jeho vodcami) úspešne viacero dôležitých, vnútro politickej zmien pokrokového hnutia (zákoník práce; antimonopolný zákon; či vytvorenie Federálnej banky v roku 1913 a pod.).

<sup>84</sup> Shafie, David., „The Presidency and Domestic Policy,“ v *New Directions in the American Presidency.*, ed. Han, Lori Cox (New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2011), s. 166-167 a Davidson, Roger H.; Oleszek, Walter J.; Lee, Francis E., *Congress and Its Members* (Washington, DC: CQ Press, 12. ed., 2010), s. 303.

kontrolu a aj úspechy pri presadzovaní vlastných návrhov má prezident nad oblasťou zahraničnej politiky a politiky národnej bezpečnosti. Vzhľadom k tomu, že má v nej zo zákona Ústavy viac právomocí, Kongres mu v rozhodovaní o zahraničnopolitických otázkach spravidla prenecháva väčšiu samostatnosť. Aj americká verejnosť, ktorá nemá o zahraničnej politike taký prehľad ako v politike domácej, má tendenciu hlavne štátu v tejto oblasti dôverovať a je spokojná, keď je prezident rozhodný a aktívny. A nakoniec, záujmové skupiny lobujúce proti zahraničnej politike prezidenta bývajú slabšie a menej početné, než na domácej politickej scéne.<sup>85</sup> Nie je preto prekvapujúce, že prezidenti majú tendenciu prikláňať sa viac k presadzovaniu zahraničnej politiky než politiky domácej, kde musia prekonávať omnoho viac prekážok.

V domácej politike prezident musí pri prijímaní zákonov s Kongresom intenzívne vyjednávať a svoju energiu využíva často viac na získavanie podpory pre svoju agendu, než na predloženie konkrétneho zákona, pretože na rozdiel od zahraničnej politiky sa exekutíva s legislatívou zhodujú vo vnútropolitických otázkach v oveľa menšej miere a to aj keď sú z rovnakej politickej strany. Príčinou tohto stavu je nielen rozdiel v reprezentácii oboch orgánov moci, ale aj dĺžke volebného obdobia, či záujmu o znovuzvolenie jednotlivých politických aktérov. Tým, že je prezident volený celonárodne, reprezentuje záujmy všetkých Američanov. Pri tvorbe nového zákona však tento celonárodný záujem často kolide s lokálnymi záujmami členov Kongresu, reprezentujúcimi vlastné volebné obvody či jednotlivé štáty. Navyše, členovia Snemovne reprezentantov a tretina Senátu sa na rozdiel od prezidenta, ktorý má o dva roky dlhšie volebné obdobie, nachádzajú v takmer permanentnej predvolebnej kampani. Jednotliví kongresmani sa tak od prezidentových návrhov môžu odkláňať z dôvodu presadzovania vlastných politických záujmov,<sup>86</sup> rozdielneho ideologického presvedčenia,<sup>87</sup> či permanentného tlaku mnohopočetných záujmových skupín. O oblasť domácej politiky (najmä jej ekonomické otázky) sa zaujíma v oveľa väčšej miere aj americká verejnosť, podnecovaná médiami a rôznymi politickými organizáciami

---

<sup>85</sup> Weissert, Carol S.; Weissert, William G., *Governing Health: the Politics of Health policy*, s. 90-91.

<sup>86</sup> Napríklad, príliš nákladné návrhy zákona nemajú všeobecne v Kongrese veľkú šancu na úspech, pretože sú nepopulárne u voličov.

<sup>87</sup> Potenciálna ideologická rivalita medzi exekutívou a legislatívou: Republikán vs. Demokrat, alebo v rámci jednej strany konzervatívny vs. liberálny blok.

či združeniami. Ako lepšie informovaná, je schopná sa proti plánom v oblasti jej prioritného záujmu ozvať s väčšou razanciou.<sup>88</sup>

Tým, že prezident reprezentuje exekutívu, má oproti ostatným vetvám vlády (legislatíve a justícii, v ktorých je moc rozložená) komparatívnu výhodu. Nielen že môže konať oveľa rýchlejšie, ale pretože sa nachádza v centre mediálnej pozornosti, môže ju zamerať, a tým i pozornosť celej verejnosti, na konkrétnu politickú tému. Prvoradou úlohou prezidenta v domácej politike je preto sformovanie politickej agendy, pri ktorom sa vyberajú politické témy, navrhujú vhodné riešenia a stanovujú priority, ktorými sa bude administratíva prednostne zaoberať (v našom prípade reforma zdravotníctva). Nemenej dôležitými aktivitami je získavanie podpory verejnosti voči ním navrhovaným zmenám (*going public*), monitorovanie schvaľovacieho procesu v Kongrese a pokiaľ sa zákon podarí schváliť, dohliadanie na jeho implementáciu. Výhodou je, že ako náhle prezident usúdi, že riešenie nejakej problematiky je v celonárodnom záujme a zaradí ju do svojho programu (často už v predvolebnej kampani), téma sa automaticky posúva do čela národnej politickej agendy. So svojim politickým programom prezident zoznamuje verejnosť i zákonodarný zbor vo svojich prejavoch (o stave únie, alebo v návrhu rozpočtu pre ďalší fiškálny rok a pod.), v televíznych príhovoroch, alebo vydaním špeciálnych správ a analýz. A hoci administratíva prezidenta nemôže zákon sponzorovať priamo, smie však vypracovať jeho návrh, ktorý potom prominentný člen víťaznej politickej strany (väčšinou jej predseda v danej komore) predloží Kongresu.<sup>89</sup>

Podľa Aarona Wildavského sú prezidenti schopní dosiahnuť v domácej politike oveľa väčšie úspechy, pokiaľ čelia nejakej mimoriadnej kríze (prezident FDR v období veľkej hospodárskej krízy v 30-tych rokoch 20. storočia), prípadne spolupracujú s Kongresom, v ktorom má ich politická strana pohodlnú väčšinu, ktorá je prezidentovi ideologicky naklonená (prezident Lyndon B. Johnson v 60-tych rokoch 20. storočia). Všeobecne sa prezidenti pri presadzovaní zásadných vnútropolitických zmien stretávajú s už spomínanými ideologickými, inštitucionálnymi a záujmovými prekážkami, ktoré

---

<sup>88</sup> Weissert, Carol S.; Weissert, William G., *Governing Health: the Politics of Health policy*, s. 88 a 91.

<sup>89</sup> Weissert, Carol S.; Weissert, William G., s. 92-95.



im dosiahnutie želaného cieľa prinajmenšom komplikujú, alebo znemožnia úplne.<sup>90</sup> V duchu vyššie spomínaných konceptov si táto kapitola kladie za cieľ zodpovedať na nasledujúce otázky: Ako sa reforma zdravotníckeho systému dostala do prezidentskej predvolebnej kampane a politickej agendy prezidentského kandidáta a neskôr 44. prezidenta Spojených štátov amerických Baracka Obamu? Aká bola jeho rola v presadzovaní tejto zásadnej zmeny? Aké kľúčové zmeny systému jeho návrh obsahoval? Môžeme sa tak dozvedieť v akej politickej atmosfére či ekonomickej situácii zdravotnícka reforma vznikala a do akej miery k jej úspešnému presadeniu prispeli aktivity administratívy prezidenta Obamu a výhoda spolupráce s Kongresom, v ktorom dominovala jeho Demokratická politická strana.

## **4.2 Reforma zdravotníctva a bývalí prezidenti USA**

Reformovanie tak komplexného systému akým je rezort zdravotníctva nebolo nikdy ľahké, o čom sa presvedčili viacerí prezidenti, ktorí sa o túto náročnú úlohu pokúsili. Moderný americký zdravotnícky systém je preto viac výsledkom série politických kompromisov a čiastočných úprav, než precízne naplánovaných krokov.<sup>91</sup> V súvislosti s reformnou aktivitou prezidenta Obamu je preto vhodné si zrekapitulovať dôležité míľniky vývoja systému a prezidentov, ktorí sa o ne zaslúžili.

Od neúspešného pokusu Theodora Roosevelta, v roku 1912 prezidentského kandidáta za Pokrokovú stranu, sa prvoradým cieľom a hlavným predmetom koncepcného sporu reformy stalo zabezpečenie zdravotného poistenia pre všetkých občanov, o ktoré sa pokúšalo viacero jeho demokratických, ale aj republikánskych nasledovníkov. S každým novým pokusom o docielenie univerzálneho poistného krytia prepukla nová, vášnivá verejná debata, vynášajúca na povrch otázky rozdeľujúce americkú spoločnosť už od vzniku Spojených štátov: Aká by mala byť správna rola federálnej vlády? Aký by mal byť vzťah medzi vládou a jednotlivcom? Aký druh záchranej sociálnej siete by mala vláda svojim občanom zabezpečiť? Ktoré služby by

---

<sup>90</sup> Shafie, David., „The Presidency and Domestic Policy,“ v *New Directions in the American Presidency*, s. 167 a Boyle, M. Charles, „Presidents and the Health Care Promise,“ *Johns Hopkins University*, s. 5, , <http://www.thepresidency.org/storage/documents/Fellows2008/Boyle.pdf> (23. apríl 2011).

<sup>91</sup> Boyle, M. Charles, „Presidents and the Health Care Promise,“ s. 2.

mal poskytovať voľný trh a do ktorých by mala zasahovať federálna vláda? Ktoré právomoci by mali byť udelené federálnej vláde a ktoré jednotlivým štátom? A nakoniec: Aká je únosná miera finančnej záťaže navrhovaných zmien?<sup>92</sup>

Napriek priaznivým okolnostiam, ktoré pre významné zmeny v sociálnom zákonodarstve pripravila veľká hospodárska kríza 30-tych rokov 20. storočia, sa prezidentovi Franklinovi D. Rooseveltovi nepodarilo koncept zdravotného poistenia pre všetkých presadiť. Dôvodom bol strach z opozície Kongresu a tlaku, v tom čase veľmi vplyvnej, profesionálnej záujmovej skupiny *American Medical Association (AMA)*. V snahe zaistiť schválenie zákona o sociálnej bezpečnosti (*Social Security Act*), sa FRD rozhodol položku univerzálneho poistenia z návrhu zákona na poslednú chvíľu stiahnuť. Po Rooseveltovej smrti sa myšlienky komplexnej zdravotníckej reformy ujal jeho nástupca Demokrat Harry S. Truman, ktorý však napriek opakovaným verejným vystúpeniam, z nej svoju najvyššiu politickú prioritu nikdy neurobil. Demokratickí politici sa medzitým rozhodli sústrediť na skromnejší cieľ, ktorým sa stalo verejné zdravotné poistenie pre seniorov - Medicare.

Počas administratívy republikánskeho prezidenta Dwighta D. Eisenhowera, ktorý tlakom na rozšírenie právomocí federálnej vlády v zdravotníctve naopak odolával, boli schválené dve významné zmeny. Prvou z nich bolo vytvorenie programu zdravotných benefitov pre federálnych zamestnancov (*Federal Employees Health Benefits Program*), ktorý sa v Obamovej reforme stal modelom pre štandardný rozsah zdravotníckych služieb. Druhou, oveľa dôležitejšou zmenou bolo rozšírenie a inštitucionalizovanie daňovej úľavy pre zamestnávateľov sponzorujúcich benefity zdravotného poistenia, ktorá sa v nedávnej reformnej debate stala predmetom sporu o potenciálny zdroj financovania zdravotníckej reformy.<sup>93</sup>

Demokratickí prezidenti John. F. Kennedy a po jeho smrti Lyndon B. Johnson koncept komplexnej reformy opustili a zamerali sa na čiastočnú, no významnú zmenu systému a to vytvorenie federálneho programu Medicare. Zatiaľ čo Kennedy bol z dôvodu prebehnutia jedného senátora na opozičnú stranu vo svojich snahách

---

<sup>92</sup> The Staff of Washington Post, s. 3.

<sup>93</sup> Daňová úľava na benefity zamestnávateľom poskytovaného zdravotného poistenia oberá federálny rozpočet o viac než 150 miliárd USD ročne.

neúspešný, prezidentovi Johnsonovi sa Medicare podarilo presadiť až na druhý pokus. Až pohodlná nadpolovičná väčšina, ktorú Demokratická strana získala vo voľbách do Kongresu v roku 1964, zabezpečila, že prezident Johnson mohol v lete 1965 podpísať zákon zakladajúci nielen Medicare, ale aj verejný program zdravotného poistenia pre chudobných Medicaid. Týmto aktom vstúpila do dovedy prevažne súkromného zdravotníckeho systému i federálna vláda a vlády jednotlivých štátov, ktoré sa spolupodieľajú na organizácii a financovaní programu Medicaid.

Ďalší návrh komplexnej zdravotníckej reformy prišiel prekvapivo od Republikána Richarda M. Nixona, ktorý ho verejnosti predstavil vo svojom prejave o stave Únie v januári 1974. V snahe odlíšiť sa od demokratického senátora Teda Kennedyho, propagujúceho univerzálne zdravotné poistenie, žiadal Nixon prebudovanie už existujúceho systému zamestnávateľom sponzorovaného poistenia, ktorý mal obsahovať povinnosť zamestnávateľov tento benefit poskytovať (*employer mandate*). Avšak, vzhľadom k blížiacemu sa obvineniu (*impeachment*) z účasti na afére Watergate bol prezident Nixon nútený v auguste 1974 rezignovať. Jeho návrh zdravotníckej legislatívy, ktorý sa stal paradoxne základom dnes Republikánmi hlasno kritizovanej Obamovej reformy, bol tak odložený na neurčito.

Hoci sa administratíve republikánskeho prezidenta Ronalda Reagana podarilo úspešne presadiť expanziu federálneho programu Medicare, rozšíreného o prezidentom navrhované katastrofické poistenie a o benefit preplácania liekov na predpis, ktorý do programu doplnili naopak demokratickí kongresmani, nemali tieto zmeny dlhé trvanie.<sup>94</sup> Z dôvodu silnej opozície seniorov, protestujúcich proti novej prirážke k dani financujúcej rozšírenie programu, ktorú by museli platiť, bol zákon o rok neskôr už počas vlády prezidenta Georga H. W. Busha zrušený.

Jeho nasledovník, demokratický prezident Bill Clinton sa pokúsil o dovedy najrozsiahlejšiu reformu zdravotníckeho systému, ktorej hlavným cieľom bolo univerzálne zdravotné poistenie. Hoci sa stala v roku 1992 prioritou Clintonovej

---

<sup>94</sup> *Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988* rozširoval program Medicare o ďalšie služby akútnej zdravotníckej starostlivosti pre seniorov a postihnutých, zahrňoval lieky na predpis a znižoval finančnú spoluúčasť poistencov Medicare na akútnu nemocničnú starostlivosť. Podľa: „Medicare: A Timeline of Key Developments, 1985-89.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/medicare/medicaretimeline.cfm> (5. jún 2011).

predvolebnej kampane, skončila veľkým debaklom už o rok neskôr. Príčinou tohto nezdaru bol nielen spôsob akým Clinton návrh reformy spracoval (zákon podrobne a za zatvorenými dverami vypracovala jeho administratíva riadená netradične prvou dámou Hillary Clintonovou), ale okrem jednotného odporu Republikánov aj názorová polarizácia demokratickej strany, ktorá mala v tom čase v Kongrese väčšinu a najmä silná opozícia zdravotníckych lobby. Tie proti návrhu prezidentského páru zahájili účinnú mediálnu kampaň (televízne spoty „*Harry and Louise*“), ktorou proti nemu popudili nielen verejnosť, ale i Kongres, ktorý sa reformou nakoniec odmietol formálne zaoberať. Republikánska strana však nespokojnosť verejnosti úspešne využila vo svojej predvolebnej kampani a vo všeobecných voľbách v roku 1994 sa jej podarilo získať v oboch komorách Kongresu väčšinu. Clintonovi sa v jeho druhom volebnom období podarilo presadiť aspoň štátny program zdravotného poistenia pre deti (*State Children's Health Insurance Program of 1997 - SCHIP*),<sup>95</sup> ktorý poistil ďalšie 4 milióny amerických detí.<sup>96</sup>

O najmasívnejšiu expanziu programu Medicare od jeho vzniku sa však zaslúžil republikánsky prezident George W. Bush a to podpisom zákona *Medicare Modernization Act of 2003*, ktorý do programu Medicare doplnil benefit preplácania liekov na predpis (časť D) s nepopulárnou „*doughnut hole*.“

Napriek tomu, že v každom pokuse o zmenu zdravotníckej legislatívy zohral Kongres dôležitú úlohu, k väčším či menším, no doposiaľ iba čiastočným zmenám v tejto už z princípu kontroverznej vnútro politickej oblasti prispelo do veľkej miery aj odhodlanie a aktívna iniciatíva prezidentov. Zatiaľ čo Demokrati usilovali o komplexnú zmenu rezortu s cieľom univerzálneho zdravotného poistenia a väčšej zodpovednosti federálnej vlády, republikánski prezidenti podporovali prevažne čiastkové úpravy existujúceho systému, založené na využívaní súkromného sektoru a individuálnej zodpovednosti. Podobné ideologické rozdelenie bolo možné pozorovať aj v poslednej reformnej debate.

---

<sup>95</sup> *State Children's Health Insurance Program of 1997* poskytuje štátom federálne financie v pomere 1:1 zamerané na poistenie detí a niektorých rodičov, ktorých príjmy sú príliš vysoké na registráciu do programu Medicaid, no príliš nízke na zabezpečenie súkromného zdravotného poistenia. Podľa: „Medicaid / SCHIP.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/medicaid/index.cfm> (27. apríl 2011).

<sup>96</sup> The Staff of Washington Post, s. 2-7; Boyle, M. Charles, s. 3-5 a Weissert, Carol S.; Weissert, William G., s. 81-87.

### **4.3 Reforma zdravotníctva v prezidentskej predvolebnej kampani 2008**

V období pred prezidentskými voľbami v roku 2008 sa reforma zdravotníckeho systému stala opäť jednou z celonárodne diskutovaných otázok a podľa prieskumov verejnej mienky patrila medzi tri najdôležitejšie politické témy (hneď za ekonomiku a vojnu v Iraku). S ohľadom na zvýšený záujem verejnosti, vyvolaný médiami a neskôr aj nastupujúcou hospodárskou krízou, sa ňou začali seriózne zaoberať aj prezidentskí kandidáti oboch politických strán. Svojim voličom tak postupne predstavili svoje vlastné plány zamerané na nápravu troch základných problematických oblastí systému - rozšírenie poistného krytia, kontrolu a zníženie rastu zdravotníckych výdavkov a zabezpečenie poskytovania vysoko kvalitatívnej zdravotníckej starostlivosti.<sup>97</sup>

Pri zbežnom porovnaní jednotlivých návrhov sa z hľadiska ideológie stali najpolarizujúcejšími riešenia otázok zaoberajúcich sa podstatou reformy, celkovou organizáciou zdravotníckeho systému a koncepčne úlohou zdravotného poistenia. Zatiaľ čo pre demokratických kandidátov bolo hlavným cieľom reformy zabezpečenie univerzálneho poistného krytia, prioritou Republikánov sa naopak stalo zlepšenie výkonnosti a konkurencieschopnosti trhu so súkromným poistením, ktoré by viedlo k širšiemu výberu poistenia a jeho lepšej dostupnosti. V otázke organizácie rezortu by Demokrati vychádzali z existujúceho systému zamestnávateľom sponzorovaného poistenia, ktoré by doplnili rozšírením verejných programov (Medicaid a SCHIP) a vytvorením nového typu verejného zdravotného poistenia (*public option*), s rozsahom podobným programu zdravotných benefitov pre federálnych zamestnancov.<sup>98</sup> Zatiaľ čo Demokrati by zvýšili reguláciu trhu s individuálnym zdravotným poistením, Republikáni by naopak pomocou daňových úľav a dotácií, poskytovaným jednotlivcom, úlohu trhu s individuálnym poistením rozšírili. Poslednou oblasťou, v ktorej sa názory demokratických a republikánskych kandidátov diametrálne rozchádzali, bola otázka využívania zdravotného poistenia. Demokrati by ho použili najmä na pokrytie preventívnej a primárnej zdravotnej starostlivosti (*front-end protection*) a tak

---

<sup>97</sup> „Health Care as a 2008 Election Issue.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/Health-Care-as-a-2008-Election-Issue/Background-Brief.aspx#footnote1> (27. apríl 2011).

<sup>98</sup> *Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP)*.

predchádzali potenciálne zničujúcim výdajom na drahú chronickú starostlivosť. Republikáni by však preferovali systém poisťnej ochrany zameranej proti katastrofickým zdravotným výdajom (tzv. *back-end protection*), charakteristický poisťnými plánmi s vysokým základným poplatkom (*high-deductible plans*) a percentuálnou peňažnou spoluúčasťou klienta na každej vyúčtovanej faktúre (*co-payments*) na hradenie rutínnej zdravotníckej starostlivosti, za ktorú by klienti platili pomocou daňovo zvýhodnených zdravotných sporiacich účtov (*Health Savings Account – HSA*).<sup>99</sup>

Od neúspešného pokusu prezidenta Clintona uplynuli takmer dve dekády, kým sa koncept komplexnej zdravotníckej reformy dostal znova do centra pozornosti a boli to opäť Demokrati, ktorí v porovnaní s Republikánmi preferujúci menšie a čiastočné úpravy systému,<sup>100</sup> usilovali o jeho zásadnú zmenu. Ich primárnym cieľom sa stalo zabezpečenie univerzálneho zdravotného poistenia, ktoré bolo podľa nich možné dosiahnuť dvoma spôsobmi. Zatiaľ čo poslanec Dennis Kucinich (D-Ohio) navrhoval vytvorenie verejného zdravotníckeho systému, založeného na všeobecnom zdravotnom poistení; zvyšní traja demokratickí kandidáti - bývalý senátor John Edwards (D-N.C), senátor Barack Obama (D-Ill.) a senátorka Hillary Clintonová (D-N.Y.), ho chceli dosiahnuť rozšírením existujúceho systému zmiešaného súkromného a verejného zdravotného poistenia a zdieľanou finančnou zodpovednosťou. Ich takmer identické plány obsahovali napríklad: vytvorenie nového systému skupinovej organizácie zdravotného poistenia (*connectors*, alebo *exchanges*), zhromažďujúceho jednotlivé typy súkromných i verejných poisťných plánov; ďalej položky na ochranu spotrebiteľa; finančnú podporu na platenie poisťného pre rodiny s nízkym a stredne vysokým príjmom; rozšírenie verejných programov Medicare a SCHIP a povinnosť pre

<sup>99</sup> Altman, Drew, „Pulling it Together: Separating the Forest from the Trees in the Health Care Reform Debate, February 2008.“ *The Kaiser Family Foundation*, [http://www.kff.org/pullingittogether/022108\\_altman.cfm](http://www.kff.org/pullingittogether/022108_altman.cfm) (27. apríl 2011).

<sup>100</sup> Prezidentskí kandidáti za Republikánsku stranu - bývalý starosta New Yorku Rudolph Giuliani; bývalý guvernér štátu Arkansas Mike Huckabee; bývalý guvernér štátu Massachusetts Mitt Romney a senátor John Mc Cain (R-Ariz.) - navrhovali rozšírenie trhu s individuálnym poistením využitím daňových stimulov a deregulácie štátnych poisťných trhov. Podľa: Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L., „Envisioning the Future: the 2008 Presidential Candidates' Health Reform Proposals.“ *Commonwealth Fund*, January 2008, s. vi-vii, [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Collins\\_envisioningfuture2008prescandhlreformprop\\_1092.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Collins_envisioningfuture2008prescandhlreformprop_1092.pdf?section=4039) (1. máj 2011).

jednotlivcov vlastniť zdravotné poistenie tzv. *individual mandate* (Clintonová a Edwards) a tiež pre zamestnávateľov poistenie poskytovať svojim zamestnancom, alebo naň finančne prispievať tzv. *employer mandate*. Podľa správy organizácie *Commonwealth Fund*, porovnávajúcej jednotlivé návrhy zdravotníckej reformy z pohľadu ich riešenia základných problémov systému (dostupnosti, ceny a kvality zdravotníckej starostlivosti), mali plány demokratických kandidátov všeobecne väčší potenciál problematické oblasti systému zlepšiť.<sup>101</sup>

Reforma zdravotníckeho systému, zaťaženého neustále stúpajúcimi finančnými nákladmi, narastajúcim počtom osôb bez zdravotného poistenia a priemernou kvalitou poskytovanej starostlivosti, sa stala jednou z hlavných vnútropolitických tém prezidentskej predvolebnej kampane. Porovnanie návrhov jednotlivých prezidentských kandidátov opäť vynieslo na povrch ideologický rozpor medzi oboma hlavnými politickými stranami a to najmä v otázkach hlavného cieľa reformy, organizácie systému či praktického využitia zdravotného poistenia. Boli to však Demokrati, ktorých takmer identické plány, usilujúce o celkovú reformu systému a zavedenie univerzálneho zdravotného poistenia, mali podľa voličov i odborníkov väčšiu šancu na úspech.

#### 4.3.1 Senátor Barack Obama a jeho „Plán pre zdravú Ameriku“

Senátor Barack Obama (D-Ill.) predstavil svoj návrh zdravotníckej reformy nazývaný „*Plan for a Healthy America*“ na predvolebnom stretnutí s demokratickými voličmi na univerzite v Iowa City 29. mája 2007, tri mesiace od vyhlásenia svojej prezidentskej kandidatúry.<sup>102</sup> Svojím prejavom nielen že umlčal kritikov, ktorí mu absenciu tejto zásadnej vnútro politickej témy v jeho kampani vyčítali, no zároveň sa po prvý krát detailne vyjadril k problematike, ktorá bola politickou doménou jeho najväčšej straníckej súperky, senátorky a bývalej prvej dámy - Hillary Clintonovej. Obamov plán,

<sup>101</sup> Zabezpečením finančne dostupného zdravotného poistenia a rovnosti v prístupe k zdravotníckej starostlivosti; efektivity využitia finančných úspor získaných opatreniami v poskytovaní a financovaní starostlivosti a presmerovaním peňažných stimulov na dosiahnutie jej väčšej kvality. Podľa: Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L. „Envisioning the Future: the 2008 Presidential Candidates' Health Reform Proposals.,“ s. viii a 40 a Boyle, M. Charles, s. 11.

<sup>102</sup> „Barack Obama: Remarks on Health Care at the University of Iowa.“ *The American Presidency Project*, <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=76987#axzz1MRdf5XW1> (15. máj 2011).



na ktorého tvorbe sa podieľalo niekoľko prominentných ekonómov,<sup>103</sup> obsahoval viacero bodov navrhovaných Clintonovcami v 90-tych rokoch 20. storočia, prezidentským kandidátom z roku 2004 a senátorom Johnom Kerrym a tiež jeho aktuálnym demokratickým politickým rivalom Johnom Edwardsom. Ideologicky nevybočoval z klasického demokratického vnímania zdravia ako základného ľudského práva.<sup>104</sup> Hlavnými myšlienkami sa podobal nielen reformným víziám ostatných Demokratov (okrem poslanca Dennisa Kucinicha (D-Ohio), ktorý šiel vo svojich predstavách o verejnom systéme ešte ďalej), no taktiež lokálnemu zdravotníckemu systému štátu Massachusetts, ktorý bol schválený v roku 2006 paradoxne za vlády bývalého guvernéra a aktuálneho republikánskeho prezidentského kandidáta Mitta Romneyho.<sup>105</sup>

Zdravotnícka reforma senátora Baracka Obamu, ktorý ju chcel presadiť do konca prvého potenciálneho volebného obdobia (t.j. do roku 2012), mala byť vybudovaná na existujúcom systéme kombinovaného súkromného a verejného zdravotného poistenia a finančnej zodpovednosti všetkých zainteresovaných strán. Jej hlavným zámerom sa stalo zabezpečenie finančne dostupného, komplexného a prenosného zdravotného poistenia pre každého. Charles M. Boyle vo svojej eseji vymenováva šesť kľúčových bodov reformy zameraných na dosiahnutie tohto cieľa, rozpracované podrobnejšie v ďalších štúdiách.<sup>106</sup>

Základnou doménou Obamovho plánu bolo vytvorenie nového, verejného zdravotného poistenia (*public option plan*), organizovaného a financovaného federálnou, alebo štátnou vládou, ktoré by hradilo zdravotnícke služby v rozsahu programu zdravotného poistenia poskytovaného federálnym zamestnancom (*FEHBP*). Tento typ poistenia, ktoré malo konkurovať súkromným poistným plánom svojou

<sup>103</sup> Ekonomickí poradcovia zdravotníckej reformy Baracka Obamu: Austan Goolsbee (University of Chicago); David Cutler (Harvard University) a Stuart Altman (Brandeis University).

<sup>104</sup> Anthis, Nick, „Barack Obama: Health Care Is a Right.“ *The Scientific Activist*, October 8th 2008 [http://scienceblogs.com/scientificactivist/2008/10/barack\\_obama\\_healthcare\\_is\\_a\\_r.php](http://scienceblogs.com/scientificactivist/2008/10/barack_obama_healthcare_is_a_r.php) (1. máj 2011).

<sup>105</sup> Toner, Robin, „Obama Calls for Wider and Less Costly Health Care Coverage.“ *The New York Times*, May 30, 2007, [http://www.nytimes.com/2007/05/30/us/politics/30obama.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2007/05/30/us/politics/30obama.html?_r=1) (17. apríl 2011).

<sup>106</sup> Boyle, M. Charles, s. 9-10; Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L., s. 13-14. a Blumenthal, Susan J., Rubin, Jessica B., Treseler, Michelle E., Lin Jefferson, and Mattos David. „U.S. Presidential Candidates' Prescriptions for a Healthier Future: A Side-by-Side Comparison.“ *Huffington Post*, July 8, 2007, s. 1, <http://images.huffingtonpost.com/bluchart1.pdf> (2. máj 2011).



nižšou cenou za rovnaký rozsah služieb, bol určený jednotlivcom (najmä živnostníkom a zamestnancom malých firiem), ktorí nespádali do skupinového poistenia sponzorovaného zamestnávateľom, no ani do jedného z verejných programov poisťujúcich osoby v hmotnej núdzi (Medicaid, SCHIP).<sup>107</sup>

Novinkou bolo i založenie špeciálnej organizácie *National Health Insurance Exchange*, ktorá by fungovala ako celonárodná burza so zdravotným poistením (*insurance pool*), na ktorej by si mohli individuálni, ale i korporátni klienti vybrať z ponuky súkromných poisťných plánov, alebo sa zaregistrovať do nového verejného poisťného programu. Podmienkou vstupu súkromných zdravotných poisťovní na burzu, poskytujúcu neobmedzený prístup k novým zákazníkom (tzv. *purchasing pool*), bolo podľa Obamovho návrhu obchodovanie s poisťnými plánmi, ktoré by pokrývali minimálne rozsah zdravotných benefitov obsiahnutých vo verejnej poisťke. Hlavným zámerom poisťnej burzy tak bolo nielen dosiahnutie transparentnosti a minimálneho štandardu poisťných plánov, ale tiež zvýšenie konkurencie, ktoré sa malo prejavovať na znižovaní cien poisťného.

Tretím dôležitým bodom Obamovej reformy bola podľa Boyla povinnosť zamestnávateľov poskytovať svojim zamestnancom zdravotné poistenie, alebo prispievať k financovaniu verejného poisťného plánu - tzv. *employer mandate*. Zamestnávatelia, s výnimkou malých firiem, ním mali na seba prevziať časť zodpovednosti za rozširovanie zdravotného poistenia. Súčasťou tohto nariadenia sa stala i populárna položka, povoľujúca mladým ľuďom do veku 25 rokov, tvoriacich značnú časť nepoistenej populácie, zotrvať na poisťných plánoch svojich rodičov aj v prípade, že budú už sami zárobkovo činní.

V podobnom duchu sa nieslo aj štvrté nariadenie, ktorého cieľom bolo povinne poistiť všetky deti (*individual mandate for children*). Obama bol presvedčený, že pokiaľ sa zdravotné poistenie stane finančne dostupným, väčšina ľudí si ho zadováži. Tým sa odlišoval od svojich politických kolegov, ktorí požadovali povinné zdravotné poistenie od všetkých bez rozdielu tzv. *individual mandate*. S uvedenými mandátmi súvisela

---

<sup>107</sup> Shaw, Donny, „What is the Public Option?“ *Blog OpenCongress*, 20 August 2009, <http://www.opencongress.org/articles/view/1174--What-is-the-Public-Option-> (5. jún 2011).

aj regulácia poisťného trhu. Obama by poisťovniam nariadil uzavrieť poisťnú zmluvu s každým, bez ohľadu na jeho zdravotný stav a použiť primerané percento z vybraného poisťného na úhradu zdravotníckej starostlivosti klienta.

Piatou položkou reformy, zameranou na zvýšenie dostupnosti zdravotníckej starostlivosti pre čo najväčší počet nepoistených, bolo rozšírenie verejných programov Medicaid a SCHIP. Oba programy, fungujúce i naďalej ako dôležitá, záchranná sociálna sieť, mali svojim poistencom zabezpečiť štandardný rozsah zdravotníckych benefitov, zahrňujúci aj preventívnu starostlivosť. Posledným, šiestym bodom Obamovho návrhu bolo podľa Boyla zachovanie pokusov lokálnych vlád o priblíženie sa k univerzálnemu zdravotnému poisteniu vlastným spôsobom. Jedinou podmienkou sa stalo nariadenie zachovať opäť minimálny federálny štandard.

Ďalej Obama vo svojom pláne navrhoval viacero opatrení zameraných na zlepšenie kvality zdravotníckej starostlivosti a zníženie celkových finančných nákladov systému. Vysoko kvalitnú starostlivosť by zaistil napríklad včasnou výmenou informácií medzi jednotlivými poskytovateľmi služieb; odmeňovaním poskytovateľov vykazujúcich najlepšie výsledky práce podľa určených štandardov; požadovaním od nemocníc a ostatných poskytovateľov starostlivosti zhromažďovanie a reportovanie údajov zameraných na zlepšenie kvality, využívaním informačných technológií (elektronická kartotéka pacientov), ochrany pacienta a administratívy a taktiež založením nezávislého inštitútu, dohliadajúceho na výskum komparatívnej efektivity liečiv, technológií a liečebných procesov. K zlepšeniu kvality a zároveň zníženiu nákladov systému by podľa Obamu viedlo aj založenie celonárodného informačného zdravotníckeho systému s využívaním elektronických zdravotníckych kariet a taktiež dôraz na poskytovanie lacnejšej preventívnej zdravotnej starostlivosti. V snahe znížiť finančnú záťaž zamestnávateľom sponzorovaného poistenia a tým zabezpečiť jeho dostupnosť, by bolo zavedené federálne „prepoistenie,“ ktoré by preplácalo časť nákladov, vynaložených na pokrytie katastrofických zdravotníckych výdajov presahujúcich určitú hranicu. Ušetrené náklady by zamestnávateľ musel použiť na zníženie poisťného, ktoré si zamestnanec platí sám.

Nemenej dôležitou súčasťou plánu sa stalo znižovanie cien liekov na predpis, ktoré chcel Obama dosiahnuť nasledovne. Federálnej vláde, zastupujúcej poistencov

Medicare, by povolil priame vyjednávanie o cenách s farmaceutickými firmami a americkým rezidentom nakupovanie bezpečných a cenovo výhodných liekov v Kanade, či iných industrializovaných krajinách. Ďalej by vo federálnych a štátnych programoch podporil predpisovanie lacnejších generických liečiv, produkovaných viacerými výrobcami po uplynutí využívania patentu jednou firmou, či druhovo starších a lacnejších liekov, pred využívaním ich najnovších, no oveľa drahších ekvivalentov s minimálnou pridanou hodnotou.

Senátor Obama sa vo svojom programe nezabudol vyjadriť ani k problematike právnej zodpovednosti za škodu z nedbanlivosti (*medical malpractice/professional liability*) a reformy systému kompenzovania klienta za poškodenie zdravia a majetku z nedbanlivosti tzv. *tort reform*. Na rozdiel od prezidenta Georga W. Busha, ktorý vo svojom druhom volebnom období usiloval o zníženie hornej hranice finančného odškodnenia udeľovaného za tzv. neekonomické škody („bolesť a utrpenie“), o ktorom bol presvedčený, že zvyšuje celkové náklady systému,<sup>108</sup> sa Obama zameril na reguláciu poisťovateľov a prevenciu samotného vzniku zanedbania starostlivosti. V prvom prípade by odvolaním protimonopolnej výnimky, udelenej poisteniu právnej zodpovednosti za škodu, posilnil protimonopolné zákony a tak poisťovniam zabránil zneužívaniu dominancie na trhu neúmerným zvyšovaním poistného pre poskytovateľov starostlivosti. V druhom by zaviedol nové spôsoby riešenia prípadného lekárskeho pochybenia (napr. mimosúdna arbitráž), ktoré by mali nielen zlepšiť bezpečnosť pacienta, vzťah pacienta a lekára, ale aj znížiť potrebu súdneho sporu na minimum.

<sup>108</sup> Proponenti Bushovho postoja boli presvedčení, že neobmedzené finančné kompenzácie zvyšujú lekárom poistné poplatky zodpovednosti za škodu; nútia ich k poskytovaniu tzv. „defenzívnej medicíny“ a pacientov podnecujú k neopodstatneným súdnym sporom, čím dvíhajú celkové náklady zdravotníckeho rezortu. Podľa CBO stúpila výška poistného v rokoch 2000-2002 celkovo o 15 %. U niektorých špecializácií to bolo však oveľa viac (napr. v chirurgii a interne o 33 %). Organizácia CBO tiež potvrdila, že výška poistného sa na celkových nákladoch zdravotníckeho systému prejavuje len v 2 %. Podľa: Beider, Perry; Hagen, Stuart, „Limiting Tort Liability for Medical Malpractice.“ *Congressional Budget Office Economic & Budget Issue Brief*, January 2004, s. 1., <http://www.cbo.gov/ftpdocs/49xx/doc4968/01-08-MedicalMalpractice.pdf> (3. máj 2011) a „Medical Malpractice Policy.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/Medical-Malpractice-Policy/Background-Brief.aspx> (3. máj 2011).

Obamov návrh zdravotníckej reformy mal stáť federálny rozpočet 50-65 miliárd USD ročne a mal byť financovaný, okrem opatrení znižujúcich celkové náklady systému (investovanie do informačných technológií; prevencia; zredukovanie nekompenzovanej starostlivosti; zvýšenie konkurencie medzi poisťovňami a pod.), najmä opätovným zdanením jednotlivcov s ročným príjmom vyšším než 250,000 USD ročne.<sup>109</sup> Pokiaľ by bol jeho plán zrealizovaný, očakávalo sa, že na zdravotníckych výdajoch ušetrí priemernej rodine 2500 USD ročne a celonárodne 200 miliárd USD ročne.<sup>110</sup> Napriek tomu, že dočasne by reforma federálny rozpočet, z dlhodobého hľadiska by mala financie ušetriť.

Ako sa neskôr ukázalo, senátor Barack Obama (D-Ill.) sa po veľmi tesnom víťazstve v primárnych voľbách nad Hillary Clintonovou (D-N.Y.) stal oficiálnym prezidentským nominantom za Demokratickú stranu. So svojou kampaňou zameranou na „zmenu“ porazil v nasledujúcich prezidentských voľbách v novembri 2008 aj republikánskeho kandidáta, senátora a politického veterána Johna McCaina (R-Ariz.) a stal sa 44. prezidentom Spojených štátov amerických.<sup>111</sup> Zdravotnícka reforma sa tak spolu s ďalšími aktuálnymi otázkami (záchrana kolabujúcej ekonomiky, imigrácia, energetická politika a pod.) dostala do agendy nového prezidenta ako jedna z jeho hlavných priorit.

#### **4.4 Reforma zdravotníctva v politickej agende prezidenta Baracka Obamu**

Rozsahom vnútropolitických problémov, ktorým musel prezident Barack Obama od svojho zvolenia čeliť, bol často porovnávaný s prezidentom Franklinom D. Rooseveltom. Ako upozorňuje vo svojej eseji David Shafie, medzi oboma

<sup>109</sup> Obama plánoval nechať koncom roku 2010 tieto daňové úľavy, uzákonené administratívou prezidenta Georga W. Busha (*Bush tax cuts*) v roku 2001 a 2003 vypršať.

<sup>110</sup> Boyle, M. Charles, s. 9-10; Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L., s. 13-14. a Blumenthal, Susan J. a spol. „U.S. Presidential Candidates' Prescriptions for a Healthier Future: A Side-by-Side Comparison.“ s. 1-12.

<sup>111</sup> Barack Obama získal 69,456,897 hlasov (52,92 %) vo všeobecných voľbách a 365 voliteľských hlasov. John McCain získal 59,934,814 hlasov (45,66 %) vo všeobecných voľbách a 173 voliteľských hlasov. Podľa: „2008 Official Presidential Election Results.“ *Federal Election Commission*, s. 2 a 4., <http://www.fec.gov/pubrec/fe2008/2008presgeresults.pdf> (4. máj 2011).

prezidentskými administratívami existovali dva základné rozdiely. Za prvé, následky ekonomickej krízy, ktorá začala na jeseň roku 2008 (napr. miera nezamestnanosti), nikdy nedosiahli rozmerov Veľkej hospodárskej krízy z 30-tych rokov 20. storočia, kedy navyše neexistovala žiadna sociálna sieť. A za druhé, na rozdiel od FDR, prezident Obama zdedil od svojho predchodcu dva súbežne prebiehajúce vojenské konflikty. Z pomedzi dôležitých tém sa tak prioritami Obamovej politickej agendy stali v zahraničnej sfére následné ciele: ukončenie vojny v Iraku; posilnenie vojenskej misie v Afganistane a zabránenie Iránu vo výrobe nukleárnej zbrane v spolupráci so zahraničnými spojencami. V oblasti domácej politiky bolo pre administratívu novozvoleného prezidenta najdôležitejšie: riešenie finančnej krízy a oživenie hospodárstva; zabezpečenie dostupnej zdravotníckej starostlivosti pre všetkých amerických občanov; posilnenie vzdelávacieho a sociálneho systému; energetická samostatnosť a riešenie ekologických problémov spôsobených zmenami klímy.<sup>112</sup> Ako Shafie ďalej uvádza, prezident Obama sa rozhodol riešiť všetky dôležité oblasti súčasne. Krátko po voľbách prijal potrebné opatrenia k rýchlemu naplneniu svojej agendy - vymenoval personál administratívy, prevzal kontrolu nad byrokraciou a rozpočtom Bieleho domu a vypracoval legislatívny plán pre Kongres.<sup>113</sup>

V otázke zdravotníckej reformy, po ekonomickej kríze jeho druhej najvyššej domácej priority,<sup>114</sup> podnikol Obama viacero krokov vedúcich k jej rýchlemu presadeniu. Prvým z nich bolo vymenovanie kľúčových postáv administratívy a členov kabinetu, zodpovedajúcich za zdravotnícku agendu. Základnou postavou reformného tímu sa stala ministerka zdravotníctva Kathleen Sebelius, ktorá spolu s odborníkmi z rôznych oddelení ministerstva (*The Department of Health and Human Services – HHS*),<sup>115</sup> vypracovala pre administratívu základné parametre zákona. Pôvodne bol na post ministra zdravotníctva, a taktiež šéfa nového oddelenia pre zdravotnícku reformu pri Bielom dome, nominovaný bývalý senátor, šéf demokratickej väčšiny v Senáte

<sup>112</sup> „The Agenda.“ *The Office of the President-elect*, <http://change.gov/agenda/> (4. máj 2011).

<sup>113</sup> Shafie, David., „The Presidency and Domestic Policy,“ s. 174-175.

<sup>114</sup> Zaradenie reformy zdravotníctva medzi priority Obamovej administratívy bolo reakciou nielen na spoločenskú objednávku, ale tiež na priamu žiadosť senátora Edwarda Kennedyho (D-Mass.), známeho svojou dlhodobou angažovanosťou v tejto oblasti.

<sup>115</sup> Pod ministerstvo zdravotníctva (*The Department of Health and Human Services - HHS*) spadajú všetky federálne zdravotnícke programy vrátane Medicare a Medicaid.

a Obamov poradca v oblasti reformy zdravotníctva Tom Daschle známy ako Obamov „*health czar*.“ Avšak, po škandále s nezaplatením spätných daní bol nútený sa oboch nominácií vo februári 2009 vzdať.<sup>116</sup> Na tvorbe zdravotníckej reformy sa okrem zamestnancov federálnych agentúr podieľalo aj niekoľko prominentných členov Bieleho domu: riaditeľka už spomínaného oddelenia pre zdravotnícku reformu Nancy-Ann DeParle (*White House Office for Health Reform*);<sup>117</sup> šéf oddelenia pre management a rozpočet Peter Orszag (*White House Office of Management and Budget*); šéf administratívy Bieleho domu Rahm Emanuel (*White House Chief of Staff*); riaditeľka rady pre domácu politiku Melody Barnes (*White House Domestic Policy Council*) a riaditeľ národnej ekonomickej rady Lawrence Summers (*National Economic Council*).<sup>118</sup>

Hlavná zásada, ktorou sa reformný tím Obamovej administratívy v prvých mesiacoch riadil, bola „neurobiť rovnakú chybu, ako urobili pri presadzovaní svojej reformy prezident Clinton s manželkou.“ Základným pravidlom sa preto stalo prenechanie vlastnej tvorby zákona Kongresu, ktorý sa tradične považuje za hlavný legislatívny orgán. V snahe získať na svoju stranu strednú triedu a obchodné kruhy, sa reformátori rozhodli zaoberať sa prednostne problematikou stúpajúcich finančných nákladov, ako otázkou ľudí bez poistenia, ktorá stála sa v centre Obamovej predvolebnej kampane. Tretím pravidlom bola nutnosť rýchleho konania, ktorým sa malo predísť prirodzenej strate podpory verejnosti voči rozsiahlym reformným zmenám. Obama tak napriek svojim predvolebným predstavám, že reformu presadí do konca volebného obdobia (tzn. roku 2012), presunul termín jej schválenia už na leto 2009. Poslednou, nemenej dôležitou položkou reformnej taktiky prezidentovej administratívy

<sup>116</sup> Nevykázal dane v hodnote 140,000 USD. Podľa: „Tom Daschle.“ *Who Runs Gov: Washington Post*, [http://www.whorunsgov.com/Profiles/Tom\\_Daschle](http://www.whorunsgov.com/Profiles/Tom_Daschle) (4. máj 2011).

<sup>117</sup> *Office of Health Reform* – oddelenie administratívy Bieleho domu, založené prezidentom Obamom v roku 2009, ktorého úlohou bola koordinácia stratégie zdravotníckej reformy administratívy a spolupráca s ostatnými kľúčovými aktérmi reformy (ministerstvo zdravotníctva, rada pre domácu politiku a pod.). Podľa: „Office of Health Reform.“ *WhoRunsGov: Washington Post*, [http://www.whorunsgov.com/Institutions/White\\_House/Offices/OHR](http://www.whorunsgov.com/Institutions/White_House/Offices/OHR) (4. máj 2011).

<sup>118</sup> „Health Care Reform: A Retrospective.“ *Audio Tutorial: The Kaiser Family Foundation*, Chart. 4, <http://www.kaiseredu.org/tutorials/retrospective-health-reform/player.html> (27. apríl 2011).

bola snaha neutralizovať opozíciu záujmových skupín, ktoré v 90-tych rokoch úspešne prekazili Clintonovu reformu.<sup>119</sup>

Reformný tím hore uvedené pravidlá ihneď implementoval a tak 5. marca 2009 prezident Obama slávnostne predsedal fóru, organizovanému administratívou Bieleho domu a venovanému reforme zdravotníckeho rezortu, ktorého sa zúčastnilo cez 150 prominentných predstaviteľov a to nielen z radov oboch politických strán Kongresu, ale tiež z rôznorodých záujmových skupín. Na jednom mieste sa tak stretli zástupcovia odborov (*AFL-CIO*); profesionálnych zdravotníckych asociácií (*American Medical Association - AMA*; *American Hospital Association - AHA*); patientskych, sociálnych, či náboženských skupín (*Campaign for Mental Health Reform*; *Families USA*; *American Association of Retired Persons - AARP*; *Catholic Health Association*); obchodných komôr (*U.S. Chamber of Commerce*); think-tankov (*Center for American Progress*) a samozrejme poisťovníckeho (*America's Health Insurance Plans - AHIP*) a farmaceutického priemyslu (*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America - PhRMA*).<sup>120</sup>

Zdravotnícka reforma bola podľa novej stratégie na fóre prezentovaná prezidentom Obamom už nielen ako „...morálna, ale tiež fiškálna zodpovednosť...“ zameraná primárne na znižovanie finančných nákladov systému, ktoré „...zaťažujú rodinné rozpočty, sťahujú na dno podnikanie a ukrajujú z vládnych rozpočtov.“ Účastníci verejného stretnutia, na ktorom sa nečakane zastavil v tom čase už ťažko chorý senátor a dlhodobý bojovník za univerzálne zdravotné poistenie - Edward M. Kennedy (D-Mass), boli vyzvaní k otvorenej diskusii na tému základných cieľov zdravotníckej reformy. Spoločne mali nájsť odpovede na otázky ako znížiť zdravotnícke výdaje, rozšíriť zdravotné poistenie pre všetkých a zlepšiť kvalitu poskytovanej zdravotníckej starostlivosti.<sup>121</sup> Fórum malo úspech a viacero účastníkov, ktorí

<sup>119</sup> The Staff of Washington Post, s. 15-16.

<sup>120</sup> „Attendees at White House Forum on Health Reform.“ *The White House: Office of the Press Secretary, The Washington Post*, March 5 2011, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/03/05/AR2009030502846.html> (4. máj. 2011).

<sup>121</sup> „White House Forum On Health Reform, March 5 2009.“ *Washington, DC: White House*, s. 1-2., [http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White\\_House\\_Forum\\_on\\_Health\\_Reform\\_Report.pdf](http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White_House_Forum_on_Health_Reform_Report.pdf) (6. máj 2011).



v minulosti pokusom reformovať systém úspešne bránili (napr. predstavitelia AHA, AHIP či PhRMA), ale aj niekoľko republikánskych kongresmanov vyjadrilo k potrebe neodkladného riešenia základných problémov rezortu pozitívny postoj. Počas schvaľovacieho procesu však počiatočný entuziazmus vystriedalo klasické stranícke politikárčenie a snahy zabezpečiť pre svoj rezort a záujmy čo najvýhodnejšie podmienky, prípadne úplne zabrániť schválenie nevyhovujúcich zmien.

V rovnakom období Obama predstavil svoj návrh rozpočtu na fiškálny rok 2010. Prezident v ňom okrem iného vyčlenil špeciálny rezervný fond (o sume 630 miliárd USD na desať rokov), ktorý mal finančne pokryť zhruba polovicu predpokladaných nákladov plánovanej zdravotníckej reformy. Fond mal byť financovaný z časti novými daňami a z časti úspornými návrhmi zameranými na zvýšenie efektivity, finančnej spoluzodpovednosti zainteresovaných strán, či kvality služieb.<sup>122</sup> Návrh rozpočtu bol prijatý o mesiac neskôr v rozpočtovom uznesení č. 85, v ktorom Kongres nielenže požadovaný rezervný fond na reformu zdravotníctva vyčlenil, no povolil aj využitie tzv. rozpočtovej urovnávacej procedúry (*budget reconciliation procedure*), ktorá by ju ochránila pred obštrukčnými metódami Senátu (*Senate filibuster*). Jedinou podmienkou bolo, aby nezvyšovala federálny rozpočet, tzn. aby bola fiškálne neutrálna.<sup>123</sup> Začlenením reformy zdravotníctva do rozpočtového plánu prezident Obama ukázal, že zdravotníctvo je pre jeho administratívu dôležité a preto by malo byť v Kongrese riešené prednostne.

V súlade so svojou pôvodnou stratégiou, prezident nielen že zaradil komplexnú reformu zdravotníckeho systému do svojej politickej agendy, no verejnosti i Kongresu predstavil (v návrhu rozpočtu, či v príhovore fóra) len jej základné parametre, ktoré sa od jeho prvotných vízií, prezentovaných v kampani, odlišovali najmä v rétorickom

---

<sup>122</sup> „Budget of the United States Government: Fiscal Year 2010.“ *Government Printing Office*, s. 67, <http://www.gpoaccess.gov/usbudget/fy10/pdf/budget/health.pdf> (6. máj 2011).

<sup>123</sup> „2010 Budget Resolution Side-By-Side.“ *Senate Budget Committee*, April 28 2009, s. 6., <http://budget.senate.gov/republican/pressarchive/2009/SideBySideCONFERENCE2010.pdf> (6. máj 2011) a „Bill Summary & Status / 111<sup>th</sup> Congress (2009/2010) – H.CON.RES.85 CRS Summary.“ *The Library of Congress*, <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:HC00085:@@D&summ2=m&> (6. máj 2011).



dôraze.<sup>124</sup> Vlastnú prácu na zákone prenechal takticky výborom Kongresu.<sup>125</sup> Jeho administratíva nezaháľala ani počas rok trvajúceho legislatívneho procesu a v spolupráci s vedúcimi kongresových výborov sa pokúšala získať na svoju stranu viacero dôležitých záujmových skupín a neskôr aj kongresmanov, ktorých spolupráca bola pre konečné schválenie reformy kľúčová. Vzhľadom k tomu, že reforma sľubovala rozšírenie zdravotníckych služieb pre ďalšie milióny potenciálnych klientov, mnohé záujmové skupiny zdravotníckeho priemyslu (*health care industry*) prejavili o vyjednávanie s administratívou záujem. Obamovi sa najskôr výmenou za isté záruky podarilo zaistiť podporu farmaceutických firiem, ku ktorým sa postupne pridala nemocničná lobby, zdravotné sestry a do určitej miery tiež lekári a seniori (reprezentovaní predovšetkým AARP) a neskôr katolícki biskupi, ktorí však za svoju podporu požadovali záruku, že verejné poistenie nebude využité na hradenie potratov. Problematickou lobby zostávali po dlhú dobu súkromné zdravotné poisťovne. Napriek prvotnej podpore a nepretržitej spolupráci organizácie AHIP s administratívou aj Kongresom, poisťovne reformu takmer potopili, keď v októbri 2009 publikovali správu o vplyve reformy na ďalší nárast poistného.<sup>126</sup> Administratívou boli preto viackrát takticky označené za hlavných vinníkov stúpajúcich nákladov, čo sa odrazilo na ich všeobecnej nepopularite.

Napriek získaniu podpory dôležitých záujmových skupín a prebiehajúcim zákulisným jednaniam sa Obamovi nepodarilo do konca júla 2009 schválenie reformy docieľiť a jeho administratíva stratila nad schvaľovacím procesom, ale aj diskusiou s americkou verejnosťou na dlhší čas kontrolu. Legislatívny proces sa zastavil v Kongrese, v ktorom prebiehali v otázke budúcej reformy zdravotníctva tvrdé stranícke boje a to nielen medzi Demokratmi s Republikánmi (*public option*, zvyšovanie daní), ale aj samotnými členmi Demokratickej väčšiny (napr. federálne poistné krytie potratov). Ideologická polarizácia sa z Kongresu preniesla na verejnosť, ktorá sa pod vplyvom konzervatívnych aktivistov (*Tea Party*), organizujúcim proti „ObamaCare“,

---

<sup>124</sup> Prezident kládol väčší dôraz na stúpajúce zdravotnícke náklady a obavy poistených Američanov zo straty poistenia, možnosti výberu poistného plánu, či ponechania si lekára, s ktorým sú spokojní. Podľa: „Overview.“ *The New York Times* (3. február 2011).

<sup>125</sup> „Health Care Reform: A Retrospective.“ *Audio Tutorial: The Kaiser Family Foundation*, Chart 5, (7. máj 2011).

<sup>126</sup> Pickert, Kate, „Health-Reform Plan Attacked by Insurance Companies.“ *Time*, Oct. 13 2009, <http://www.time.com/time/politics/article/0,8599,1929930,00.html> (6. jún 2011).

(posmešný názov Obamovej reformy zdravotníctva) verejné masové protesty, začala proti reforme otáčať.<sup>127</sup> Demokratickí kongresmani sa navzdory republikánskej opozícií a vnútrostraníckym sporom nakoniec dohodli a komory Kongresu schválili koncom roku 2009 vlastné verzie reformného zákona.<sup>128</sup> Avšak, po nečakanej strate celkovej väčšiny v Senáte, po doplňujúcich voľbách v štáte Massachussets, potrebnej na prehlasovanie republikánskych obštrukcií (*filibuster*),<sup>129</sup> sa hlasovanie o spoločnom zákone odložilo na neurčito.

Prezident Obama sa preto opäť zhostil role vedúcej osobnosti zdravotníckej reformy, podľa kritikov príliš neskoro, a vo svojom prejave o stave Únie kongresmanov požiadal o dokončenie práce a apeloval na spoluprácu oboch politických strán. O mesiac neskôr prezident dokonca predložil svoj vlastný reformný plán, vychádzajúci zo senátneho zákona, v ktorom navrhoval viacero zmien.<sup>130</sup> Pár dní na to (25. februára 2010) sa na prezidentov popud konala v Bielom dome ďalšia verejná konferencia venovaná zdravotníckej reforme, na ktorej sa tento krát zúčastnili kongresmani oboch znepriatelených politických strán. Napriek prezidentovým snahám sa kompromis dosiahnuť nepodarilo. Zatiaľ čo Republikáni žiadali úplné zrušenie zdravotníckej reformy, Demokrati sa ju rozhodli presadiť využitím možnosti zakomponovať potrebné reformné zmeny do urovnávacieho zákona (*reconciliation bill*). Prezident bol preto nútený, podobne ako pri presadzovaní stimulačného balíčku, postaviť osud zdravotníckej reformy iba na jednoznačnej podpore Demokratickej väčšiny.<sup>131</sup> Pár dní

---

<sup>127</sup> The Staff of Washington Post, s. 19-27.

<sup>128</sup> Snemovňa reprezentantov odhlasovala zákon HR 3962 7. novembra 2009 v pomere 220:215 a Senát schválil zákon HR 3590 24. decembra 2009 v pomere 60:39. Podľa: Koulish, Jeremy, „Health Care: How id We Get Here?“ *Govtrack*, April 9 2010, <http://www.govtrackinsider.com/articles/2010-04-09/health-care-review> (9. máj 2011).

<sup>129</sup> Demokrati stratili v Senáte kreslo po tom, čo v špeciálnych voľbách, organizovaných v štáte Massachussets po smrti demokratického senátora Teda Kennedyho, vyhral Republikán Scott Brown.

<sup>130</sup> Obamov návrh by napríklad odstránil kontroverznú položku, ktorú Senát v snahe získať na svoju stranu senátora z Nebrasky Bena Nelsona zakomponoval do svojho zákona. Na jej základe by federálna vláda zaplatila štátu Nebraska plnú sumu za rozšírenie programu Medicaid (*cornhusker kickback*). Obama by finančne pomohol všetkým štátom.

<sup>131</sup> *H.R. 1: American Reinvestment and Recovery Act of 2009* bol v Senáte schválený v pomere 60:38 (s 56 Demokratov, 2 nezávislých a 2 Republikáni hlasovali v prospech zákona a s 38 Republikánov proti

pred konečným hlasovaním o zákone *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), prezident navštívil volebné obvody kľúčových demokratických kongresmanov. Hlasovanie sa podarilo a zákon PPACA bol schválený.<sup>132</sup>

#### **4.5 Zhrnutie**

Napriek hlbokkej ekonomickej kríze doma, dvom prebiehajúcim vojnám v zahraničí a politickej riskantnosti presadzovania veľkých vnútropolitických zmien sa novozvolený demokratický prezident Barack Obama rozhodol zamerať svoju domácu prezidentúru na ambicióznou reformu zdravotníctva. Poučený z neúspechov politických predchodcov Obama predstavil v predvolebnej kampani a neskôr v domácej politickej agende svoj „*Plan for a Healthy America*,“ vychádzajúci z rozšírenia existujúceho systému zamestnávateľom sponzorovaného poistenia a verejných programov s finančnou spoluzodpovednosťou zainteresovaných skupín (zamestnávateľov, zdravotných poisťovní, farmaceutických firiem, federálnej vlády a lokálnych vlád a samozrejme amerických občanov). V snahe odstrániť potenciálne prekážky v podobe odmietavého Kongresu, silnej zdravotníckej lobby, či prirodzenej straty podpory verejnosti, prijal jeho reformný tím špeciálnu taktiku. Pôvodný plán zdravotníckej reformy, obsahujúci napríklad vytvorenie verejného poistného plánu (*public option*), či naopak vynechávajúci podmienku povinného zdravotného poistenia pre všetkých (*individual mandate*), musel byť vplyvom verejného aj zákulisného vyjednávania o získanie podpory rozdielnych záujmov postupne zmenený. Napriek politickým kompromisom a počiatocnej rétorike o nutnosti spolupráce oboch politických strán sa prezidentovi nepodarilo na stranu reformy získať ani jedného republikánskeho kongresmana a jeho administratíva, ktorá medzitým stratila veľkú časť verejnej podpory, tak bola nútená presadiť reformný zákon iba s podporou členov Demokratickej strany. Akým spôsobom bola reforma zdravotníctva v Kongrese presadená a čo všetko museli reformátori v snahe získať pre reformu dostatočnú podporu obetovať, bude zodpovedané v nasledujúcej kapitole.

---

nemu). Podľa „H.R.1: American Reinvestment and Recovery Act of 2009 – U.S. Congress.“ *Open Congress*, <http://www.opencongress.org/bill/111-h1/show> (15. máj 2011).

<sup>132</sup> „Overview.“ *The New York Times* (3. február 2011) a The Staff of Washington Post, s. 49-62.

## 5. Reforma zdravotníctva 2010 - legislatívny proces a jeho výsledok

Zákon *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), podpísaný prezidentom Obamom 23. marca 2010, bol po dlhej a vyčerpávajúcej debata a vyhrotených politických bojoch medzi znepriatelenými politickými stranami nakoniec schválený. Napriek pôvodným prezidentovým víziám o spoločnom projekte oboch politických strán musel byť zákon PPACA transformujúci americký zdravotnícky systém najviac od uzákonenia programov Medicare a Medicaid presadený iba Demokratickou stranou, ktorá však musela po nečakanej strate absolútnej väčšiny v Senáte použiť menej tradičný legislatívny postup. Iba tak bolo možné doceliť uzákonenie reformy zdravotníctva a tým naplniť dôležitú časť politickej agendy prezidenta Obamu. Vzhľadom k tomu, že ani jej členovia neboli v názoroch na obsah reformy jednotní a do debaty o výslednej podobe reformy sa zapojilo veľké množstvo záujmových skupín, bolo nutné pristúpiť k viacerým, často zásadným zmenám a ústupkom. Táto kapitola sa zameriava predovšetkým na otázky ako celý zákonodarný proces prebiehal a aký výsledok priniesol a taktiež v čom sa zákon PPACA odlišoval od pôvodne verzie prezidenta Obamu. Zodpovedanie týchto otázok je dôležité z hľadiska hlavného cieľa práce, ktorým je zamyslenie sa nad fungovaním amerického politického systému dvoch, v súčasnosti extrémne polarizovaných politických strán v dôležitých celospoločenskej oblastiach.

### 5.1 Legislatívny proces

Po tom čo prezident predložil Kongresu v marci 2009 návrh rozpočtu pre fiškálny rok 2010, v ktorom na reformu zdravotníctva vyčlenil viac než 600 miliárd dolárov na obdobie desiatich rokov, prenechal vlastnú tvorbu zákona podľa plánu jeho administratívy a predvolebných sľubov Kongresu Spojených štátov. Problematikou zdravotníctva sa v Kongrese zaoberá predovšetkým päť výborov, tri v Snemovni reprezentantov<sup>133</sup> a dva senátne výbory.<sup>134</sup> Už koncom marca 2009 sa ich predsedovia

---

<sup>133</sup> Snemovňa reprezentantov: 1. výbor energetiky a obchodu (*The House Energy & Commerce Committee*) - programy Medicaid, SCHIP a ostatné federálne programy (TRICARE; VA); 2. rozpočtový výbor (*The House Ways & Means Committee*) - programy financované zrážkami zo mzdy (Medicare),

zhodli na základných kameňoch reformy, ktorá mala okrem iného obsahovať povinnosť vlastníť zdravotné poistenie (*individual mandate*), povinnosť zamestnávateľov poskytovať, alebo finančne podporovať zdravotné poistenie (*employer mandate*) a tiež nový typ verejného zdravotného poistenia (*public option*) avizovaný v Obamovej predvolebnej kampani.

Práca na novej legislatíve prebiehala vo viacerých stupňoch. V prvom rade výbory zorganizovali niekoľko verejných zasadaní, na ktorých sa okrem vlastných členov výborov zúčastnili odborníci na zdravotnícku politiku, investori do zdravotníctva a zástupcovia záujmových skupín reprezentujúcich pacientov, zdravotnícku komunitu, poisťovne, farmaceutické firmy, odbory, firmy atď. Špecifické návrhy reformy bolo možné detailnejšie prebrať na menej formálnych stretnutiach výborov, tzv. *walk-throughs*. Následne výbory začali jednotlivo pracovať na vlastnom návrhu zákona a jeho jednotlivé body upravovať do konkrétneho legislatívneho jazyka. Návrhy zákona a ich jednotlivé časti boli priebežne analyzované federálnou organizáciou *Congressional Budget Office (CBO)*, zaoberajúcou sa dopadmi navrhovaných ustanovení na federálny rozpočet a verejné financie. Na základe jej posudkov museli byť návrhy viackrát prepracované, aby naplnili podmienky prezidenta, ktorý stanovil podľa neho ekonomicky i politicky dosiahnuteľnú maximálnu cenu reformy na 1 bilión USD na desať rokov a požadoval jej rozpočtovú neutralitu. Po niekoľko týždňov až mesiacov trvajúcich jednaniach tzv. *mark-ups*, na ktorých členovia výborov diskutovali, prijímali či zamietali dodatky,<sup>135</sup> schválilo vlastnú verziu zákona všetkých päť výborov. Ich návrhy boli následne odoslané na pôdu Snemovne reprezentantov a Senátu.

---

alebo dotované z federálnych daní; 3. výbor pre vzdelávanie a prácu (*The House Education & Labor Committee*) - penzijné a zdravotné poistenie pre zamestnancov, zákon o penzii (*Employee Retirement Security Act – ERISA*), ktorý stanovuje minimálny štandard zdravotníckych benefitov u niektorých súkromných zdravotníckych plánov.

<sup>134</sup> Senát: 1. výbor financií (*The Senate Finance Committee*) - federálne daňové úľavy a programy financované špeciálnou daňou, či trustovými fondmi (CHIP, Medicare); 2. výbor pre zdravotníctvo, vzdelávanie, prácu a dôchodky (*The Senate Health, Education, Labor & Pensions Committee – HELP*) - správa dôchodkov a zamestnávateľských zdravotníckych benefitov, zákon ERISA a ďalšie federálne zdravotné programy a agentúry. Výbor HELP je známy tým, že v ňom dlhú dobu pôsobil a neskôr mu predsedal známy zástanca komplexnej zdravotníckej reformy, demokratický senátor Edward Kennedy (D-Mass.). Po jeho smrti v auguste 2009 prevzal predsedníctvo výboru senátor Chris Dodd (D-CT).

<sup>135</sup> Počet dodatkov nie je limitovaný, musia však spadať do jurisdikcie daného výboru.

Hlasovanie vo výboroch prebehlo, okrem členov finančného výboru Senátu, v čisto stránickej línii, keď v prospech reformy hlasovali demokratickí kongresmani a v jej neprospech Republikáni.<sup>136</sup>

Pred hlavným hlasovaním jednotlivých komôr Kongresu bolo nutné urobiť pár neformálnych, avšak dôležitých opatrení. Návrhy jednotlivých výborov Snemovne reprezentantov boli bez väčších problémov zjednotené do zákona (HR 3962) už v júni 2009. Ten okrem *public option* obsahoval položky na zníženie výdajov programu Medicare, plány zdanenia osôb s vysokými príjmami, či penále pre firmy neposkytujúce svojim zamestnancom poistenie. Predsedníčka Demokratickej strany dolnej komory Nancy Pelosi sa medzitým snažila zistiť rozsah podpory zastupiteľov, tzv. *whip count*, a zároveň zaistiť hlasy potrebné na jeho odhlasovanie, čím sa poslancom naskytla príležitosť presadiť do reformného návrhu vlastné požiadavky. Skupine *pro-life* Demokratov sa tak podarilo vyjednať možnosť pripojenia dodatku o zákaze financovania potratov verejnými poisťovacími plánmi (*Stupak Amendment*). Po vopred povolenej štvorhodinovej debata a prijatí Stupakovho dodatku (jediného schváleného z dvoch povolených) bol zákon HR 3962 ako celok schválený 7. novembra 2009. V tesnom hlasovaní 220:215 ho v Snemovni reprezentantov podporilo 219 Demokratov a iba jeden Republikán. Proti bolo 177 Republikánov a 38 Demokratov<sup>137 138</sup>.

Napriek tomu, že pravidlá Senátu sú oproti Snemovni reprezentantov voľnejšie (časovo neobmedzená debata; možnosť predložiť neobmedzené množstvo dodatkov), je proces schvaľovania návrhu zákona komplikovanejší. Senátori, ktorí nie sú limitovaní časom, témou vystúpenia, či množstvom a obsahom navrhovaných dodatkov, sú schopní touto obštrukčnou taktikou (*filibuster*) hlasovanie o zákone na dlhú dobu zablokovať. Zastaviť ju môže iba vyvolanie špeciálneho hlasovania (*cloture motion*) a následný súhlas kvalifikovanej väčšiny Senátu (60 zo 100). Na finálnu debatu o zákone, počas ktorej je možné navrhovať už iba dodatky súvisiace s témou, je následne vyčlenených 30 hodín a po jej skončení stačí na presadenie zákona už iba

<sup>136</sup> „Health Care Reform: A Retrospective.“ Chart 7-11, (11. máj 2011).

<sup>137</sup> „House Vote on Passage: H.R. 3962 (111th) Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief...“ *GovTrack*, <http://www.govtrack.us/congress/vote.xpd?vote=h2009-887&sort=party> (11. máj 2011).

<sup>138</sup> „Health Reform: Retrospective.“ Chart 12, (11. máj 2011).

prostá väčšina hlasov. Získanie väčšiny hlasov potrebných na zastavenie blokády (*filibusteru*) býva často veľmi zložitá a v období extrémnej straníckej polarizácie spojenej s nedostatočným počtom členov vládnucej strany takmer nemožné. Oponentmi býva využívaný najmä pri hlasovaní o kľúčových zákonoch. Obštrukčným taktikám v Senáte nepodliehajú iba dva typy zákonov. Prvým z nich je uznesenie o rozpočte (*Budget Resolution*), ktoré stanovuje základne príjmy a výdaje federálneho rozpočtu na ďalší fiškálny rok a obsahuje špeciálne inštrukcie zamerané na možnú zmenu daní, či financovanie federálnych programov ako Medicare a Medicaid (*entitlements*). Ďalším je rozpočtový urovnávací zákon (*Budget Reconciliation Bill*), pomocou ktorého sú daňové zmeny povolené v uznesení o rozpočte podľa potreby v priebehu fiškálneho roka schvaľované. Napriek výhodám časovo obmedzenej debaty (20 hodín) a možnosti schválenia návrhu prostou väčšinou, má tento typ zákona jednu nevýhodu, a tou je nutnosť obsahového zamerania zákona a jeho dodatkov čisto na oblasť federálneho rozpočtu.<sup>139</sup>

Vzhľadom k vysokej straníckej polarizácii 111. Kongresu existovali v súvislosti s navrhovanou zdravotníckou reformou reálne obavy zo zablokovania legislatívneho procesu. A hoci nemali v odpore voči reforme zjednotení Republikáni sami o sebe blokovaciu menšinu, spolu s niektorými senátormi z radov Demokratov a nezávislých, protestujúcimi proti reforme z iných dôvodov, ju mohli získať. Hlasy odporcov z vlastných, demokratických radov boli preto pre osud reformy kľúčové. Demokratickému výboru Senátu sa významnými ústupkami v konečnej verzii zákona však podarilo dostatočný počet hlasov na zastavenie legislatívnej blokády zaistiť.<sup>140</sup> Preto sa Demokrati napriek možnosti využitia urovnávacej procedúry (*reconciliation bill*), schválenej Kongresom v uznesení o rozpočte č. 85 vo februári 2009, rozhodli svoj návrh zákona presadiť klasickým spôsobom. Návrhy zákona vypracované finančným výborom Senátu (bez *public option*) a zdravotníckym výborom (s *public option*) boli zlúčené do jedného zákona HR 3590, ktorý položku nového verejného poistenia pôvodne obsahoval, avšak po vyjednávaní so senátorom Liebermanom musela byť z konečnej verzie zákona odstránená. Oproti zákonu schválenému dolnou komorou v novembri 2009, obsahoval senátny návrh napríklad zvýšenie dane z príjmu určenej na

<sup>139</sup> „Health Reform: Retrospective.“ Charts 13-14, (16. máj 2011).

<sup>140</sup> Nezávislý senátor Joseph Lieberman (I-Conn.) si vyžiadala odstránenie položky nového verejného poistenia a demokratický senátor Ben Nelson (D-Neb.) zaistil štátom povolenie zakázať účasť na poistnej burze poistným plánom hradiacim potraty.

financovanie Medicare pre osoby s vysokým ročným príjmom, či uvalenie spotrebnej dane na zamestnávateľmi ponúkané luxusné poisťné plány tzv. *Cadillac health plans*. Penále za nedodržanie povinnosti vlastniť zdravotné poistenie a položky obmedzujúce financovanie potratov boli v senátnej verzii miernejšie. Po tri týždne trvajúcim pojednávaní, počas ktorého bolo prijatých 100 dodatkov a štyrikrát sa muselo hlasovať o ukončení blokujúcej debaty, bol zákon *Patient Protection and Affordable Care Act* konečne 24. decembra 2009 Senátom schválený. V čisto straníckom hlasovaní ho podporilo všetkých 58 Demokratov a dvaja nezávislí senátori a proti nemu hlasovalo 39 Republikánov a jeden sa hlasovania zdržal<sup>141, 142</sup>.

Zludenie oboch prijatých verzií zdravotníckej reformy do jedného návrhu zákona sa stalo ďalším legislatívnym krokom. Zlučovanie zákonov prebieha klasicky v spoločnom konferenčnom výbore (*Conference Committee*), v ktorom pôsobia delegáti z oboch komôr Kongresu. Ako náhle sa členovia výboru zhodnú na kompromise, vypracujú o ňom správu a nový návrh zákona odošlú do Kongresu k opätovnému schváleniu. Pokiaľ sa kompromisný návrh zákona podarí v oboch komorách odhlasovať, posúva sa k prezidentovi, ktorý ho vetuje, alebo z neho podpisom urobí zákon. V prípade finálnej verzie zdravotníckej reformy nebolo možné tradičný postup použiť, pretože hrozilo, že tento krát Senátom neprejde. Demokrati prišli začiatkom roku 2010, v období konferenčného prerokúvania zákona, o dôležité senátorské kreslo a tým aj o kvalifikovanú väčšinu, potrebnú na odblokovanie debaty v Senáte.<sup>143</sup> Preto sa rozhodli presadiť reformu zdravotníctva menej tradičným spôsobom, a to využitím už spomínaného urovnávacieho zákona (*Budget Reconciliation Bill*), ktorý bolo možné schváliť prostou väčšinou a tým sa vyhnúť blokáde. 21. marca 2010 tak demokratickí členovia Snemovne reprezentantov odhlasovali v pomere 219:212 senátnu verziu komplexnej zdravotníckej reformy. Zákon PPACA (HR 3590) bol následne prezidentom Obamom podpísaný 23. marca 2010. Demokratickí kongresmani sa zároveň dohodli na rozpočtových zmenách zdravotníckeho zákona PPACA, ktoré mali byť zapracované do urovnávacieho zákona. Zákon *Health Care and Education*

<sup>141</sup> „Senate Vote on Passage: H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act.“ *GovTrack*, <http://www.govtrack.us/congress/vote.xpd?vote=s2009-396> (16. mája 2011).

<sup>142</sup> „Health Reform: Retrospective.“ Chart 14; „Overview.“ *The New York Times* a *The Staff of Washington Post*, s. 39-48.

<sup>143</sup> Demokrati by spolu s nezávislými mali iba 59 hlasov a Republikáni 41.



*Reconciliation Act of 2010* (HR 4872) bol v dolnej komore schválený v rovnaký deň pomerom hlasov 220:211 a v Senáte 25. marca 2010 prostou väčšinou 56:43. Prezident Obama ho podpísal 30. marca 2010<sup>144</sup> <sup>145</sup>.

Komplexná zdravotnícka reforma je tak výsledkom uzákonenia dvoch samostatných zákonov. Cesta k nej bola komplikovaná a pre vonkajších pozorovateľov, neznalých denno-dennej práce Kongresu, možno nedostatočne transparentná. Prezidentovi Obamovi a demokratickej väčšine sa ju podarilo presadiť napriek silnej straníckej polarizácii Kongresu. Republikánska strana, ktorá z ideologického presvedčenia nesúhlasila s ďalším rozširovaním právomocí federálnej vlády (expanziou verejných programov; reguláciou súkromného poisťovníctva; vznikom verejného zdravotného poistenia) a zvyšovaním daní, ktoré mali financovať podľa nich predražený projekt, reformné návrhy Demokratov bojkotovala a spolu s konzervatívnym hnutím *Tea Party* proti nim mobilizovala verejnosť. Spolupráca oboch politických strán na komplexnej reforme rezortu, tvoriaceho až šestinú amerického hospodárstva, bola tak napriek predvolebnej rétorike o spolupráci od začiatku nemožná. Prezident Obama sa preto rozhodol využiť nielen prevahu Demokratickej strany v 111. Kongrese, ale aj netradičný, no v tomto prípade jediný možný legislatívny postup a zdravotnícku reformu presadiť čisto po straníckej línii. Ani to však nebolo ľahké. V snahe zaistiť podporu členov vlastnej Demokratickej strany musela administratíva prezidenta aj demokratickí lídri oboch komôr Kongresu vyvinúť nemalé úsilie a často ponúknuť nemalé ústupky, ktoré sa prejavili vo finálnej verzii reformného zákona.

## **5.2 Vplyv záujmových skupín**

Tvorbu novej zdravotníckej legislatívy sa okrem Kongresu a exekutívy snažili ovplyvniť aj mnohopočetné záujmové skupiny. Podľa analýzy organizácie *Center for Public Integrity*, vytvorenej na základe skúmania oficiálnych správ vypracovaných záujmovými skupinami pre senátny úrad *Senate Office of Public Records*, si v roku

<sup>144</sup> „Bill Summary & Status – 111th Congress (2009-2010) –H.R. 4872.“ *The Library of Congress: Thomas*, <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:HR04872:@@@R> (16. máj 2011).

<sup>145</sup> „Health Reform: Retrospective.“ Charts 15-18, (16. máj 2011) a „Health Care: How Did We Get Here?“.

2009 prenajalo viac než 1750 spoločností a organizácií v súvislosti s reformou zdravotníctva celkovo 4525 profesionálnych lobistov. Reformou zdravotníckeho systému sa zaoberali nielen skupiny patriace k tzv. zdravotníckemu priemyslu, ale vzhľadom k jej širokému dopadu tiež organizácie zastupujúce veľké korporácie, malé firmy, univerzity, organizované odbory, náboženské a iné skupiny (napr. *Americans for the Arts*).<sup>146</sup>

Podľa organizácie *Center for Responsive Politics* (CRP) lobovalo v súvislosti s reformou zdravotníctva z celkového počtu záujmových skupín počas celého roku 2009 326 organizácií. Medzi nimi bolo možné nájsť nielen skupiny zastupujúce výrobcov liekov *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (PhRMA), zdravotné poisťovne *America's Health Insurance Plans* (AHIP) a *Blue Cross/Blue Shield*; *pro-choice* organizácie *Planned Parenthood* a ich *pro-life* oponentov *National Right to Life Committee*; obchodníkov *U.S. Chamber of Commerce*, či seniorov *AARP* známe z predchádzajúcich reformných pokusov, ale tiež organizácie zastupujúce menšiny *National Council of La Raza* či súkromné firmy ako *Kodak*, *Hewlett-Packard*, alebo *McDonald's*. V poslednej štvrtine roku 2009, t.j. v období hlasovania o zákonoch, sa za účelom lobovania zaregistrovalo až 17 % v problematike zdravotníctva úplne nových organizácií (ako *American Wind Energy Association*, *Yahoo!*, alebo *National Rifle Association* a pod.). Počet a rozmanitosť záujmov zaoberajúcich sa reformou zdravotníctva nepochybne poukazuje, ako hlboko je zdravotnícky rezort so svojimi 17,6 % HDP začlenený do celkovej ekonomiky Spojených štátov. Aj keď nie je možné zo senátnych záznamov určiť presnú sumu peňazí vyčlenených na problematiku zdravotníckej reformy, hore uvedené záujmové skupiny investovali v roku 2009 do celkového federálneho lobingu zahrňujúceho okrem reformy zdravotníctva i stimulačný balík, reformu finančnej regulácie a ďalšie zákony celkovo 1,1 miliardy dolárov.<sup>147</sup> Aktivity, ktoré tieto záujmové skupiny vyvíjali (priamy lobing; verejné kampane; vytváranie koalícií; finančné prispievanie preferovaným politikom) boli taktiež rôzne. Ich ciele boli rôzne, od odstránenia položky *public option*, či oslabenia niekoľkých

<sup>146</sup> Eaton, Joe; Pell, M. B., „Lobbyists Swarm Capitol to Influence Health Reform.“ February 24 2010, *Center for Public Integrity*, <http://www.iwatchnews.org/2010/02/24/2725/lobbyists-swarm-capitol-influence-health-reform> (18. jún 2011).

<sup>147</sup> Beckel, Michael, „Number of Special Interests Vying to Influence Health Reform Legislation Swelled As Debate Dragged On.“ March 19 2010, *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, <http://www.opensecrets.org/news/2010/03/number-of-special-interest-groups-v.html> (18. jún 2011).

reformných krokov (napr. uznesení zameraných na kontrolu a znižovanie zdravotníckych výdajov), po naopak začlenenie nových položiek (napr. prísnejších pravidiel pri hradení potratov), či dokonca úplné zablokovanie reformy.<sup>148</sup>

V snahe získať lepší obraz o tom komu a od koho prúdili pri tvorbe zdravotníckej legislatívy peniaze, pozrieme sa detailnejšie na oblasť zdravotníckeho priemyslu, reprezentujúcu podľa CRP profesijné zdravotnícke asociácie, farmaceutické firmy, výrobcov zdravotníckych pomôcok a spoločnosti organizovanej zdravotníckej starostlivosti (HMOs). Zatiaľ čo všeobecne tento sektor prispieval viac Republikánskej strane a jej prezidentským kandidátom, niektorí jeho členovia (napr. *American Nurses Association*) tradične podporovali Demokratov. Po voľbách v roku 2006 a 2008 sa však tento trend vo finančnej podpore obrátil v prospech Demokratickej strany, ktorá v nich získala parlamentnú väčšinu. V roku 2008 Demokrati tak získali 54 % celkových finančných príspevkov zdravotníckeho sektoru a ich prezidentský kandidát, senátor Barack Obama prijal od zdravotníckej lobby dva a pol krát viac dolárov než jeho republikánsky súper John McCain.<sup>149</sup>

V období schvaľovacieho procesu (2009-2010) boli najväčšími finančnými prispievateľmi zdravotníckeho rezortu, lobujúcimi za problematiku zdravotníckej reformy, organizácie *PhRMA*; *American Hospital Association* a *American Dental Association*, z ktorých každá nasledovala svoje vlastné ciele. Farmaceutická lobby sa snažila predovšetkým zabrániť vytvoreniu verejného zdravotného poistenia (*public option*), ktoré by malo potenciál získať značnú vyjednávaciu silu na znižovanie cien liekov a z rovnakého dôvodu protestovala aj proti dovozu lacnejších liekov zo zahraničia, či uprednostňovaniu lacných generických typov liekov.<sup>150</sup> Organizácia

<sup>148</sup> McGreal, Chris, „Revealed: millions spent by lobby firms fighting Obama health reform.“ October 1 2009, *The Guardian*, <http://www.guardian.co.uk/world/2009/oct/01/lobbyists-millions-obama-healthcare-reform> (19. jún 2011) a Weissert, Carol S.; Weissert, William G., s. 180-181.

<sup>149</sup> Senátor Barack Obama (D-Ill.) získal \$19,580,126, zatiaľ čo senátor John McCain (R-Ariz.) iba \$7,427,173. Podľa: „Health: Top Recipients, 2008.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, <http://www.opensecrets.org/industries/recips.php?ind=H&cycle=2008&recipdetail=P&mem=N&sortorder=U> (18. jún 2011).

<sup>150</sup> Kiersh, Aaron, „Pharmaceuticals/Health Products: Background.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 2010 <http://www.opensecrets.org/industries/background.php?cycle=2010&ind=H04> (18. jún 2011).

AHA, zastrešujúca viac než 5000 nemocníc, lobovala proti zníženiu platieb za Medicare klientov a v prospech reformy systému zodpovednosti za škodu z nedbanlivosti (*tort reform*).<sup>151</sup> Napriek silnému odporu zdravotníckeho priemyslu a zdravotných poisťovní proti *public option*, či kritike profesijných asociácií (AHA; AMA atď.) voči neochote prezidenta Obamu a Demokratickej strany reformovať systém zodpovednosti za škodu obmedzením finančných kompenzácií v súdnych sporoch, sa administratíve a demokratickému Kongresu podarilo dohodnúť so zdravotníckou lobby na ďalších bodoch reformy (individuálny mandát pre všetkých; súhlas so spolufinancovaním reformy apod.).<sup>152</sup> Pri pohľade na analýzu podpory výslednej verzie zdravotníckej reformy, ju verejne podporilo viacero dôležitých záujmových skupín, ktorým sa v minulosti podarilo podobné reformné pokusy prekažiť (*AARP*, *American Medical Association* či *PhRMA*, ktorá podporila iba urovnávací zákon). Ďalej ju podporili odbory *AFL-CIO* a organizácie *Consumers Union*, *Catholic Health Organization*, *Families USA*, či *National Council of La Raza*. Napriek tomu, oponenti reformy získali od záujmových skupín celkovo viac financií. Kongresmani hlasujúci proti zákonu PPACA (v podstate všetko Republikáni) dostali od zdravotných poisťovní o 25 % a o od farmaceutickej lobby o 35 % viac finančných príspevkov. Kongresmani hlasujúci proti urovnávaciemu zákonu získali v príspevkoch na kampaň ešte o niečo viac (od poisťovní o 29 % viac financií a od výrobcov liekov o 37 % viac). Reformu zdravotníctva pod taktovkou Demokratickej strany naopak celkovo podporovali organizované odbory, ktoré demokratickým kongresmanom hlasujúcim v jej prospech prispeli až o 360 % viac než jej oponentom.<sup>153</sup> Nie je prekvapivé, že najvyššie čiastky prijali kongresmani, ktorých hlas bol pre ďalší vývoj reformy kľúčový.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> „American Hospital Association.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, <http://www.opensecrets.org/orgs/summary.php?id=D000000116> (18. jún 2011).

<sup>152</sup> Kiersh, Aaron, „Health: Background.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 2010 <http://www.opensecrets.org/industries/background.php?cycle=2010&ind=H> (18. jún 2011).

<sup>153</sup> Beckel, Michael, „Big Labor Gave Big Support to Health Reform Supporters, Health Interest Lent More Support to Opponents.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 22 2010, <http://www.opensecrets.org/news/2010/03/big-labor-gave-big-support-to-health.html> (19. jún 2011).

<sup>154</sup> Napr. predseda senátneho finančného výboru a oponent *public option* Max Baucus (D- Mon.) získal veľké sumy peňazí od zdravotníckej lobby. Podľa: McGreal, Chris, „Revealed: millions spent by lobby firms fighting Obama health reform.“ a Beckel, Michael, „Stakeholders in Health Insurance Reform Debate Gave Big to Senators.“ December 24 2009, *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 22 2010, <http://www.opensecrets.org/news/2009/12/stakeholders-in-health-insuran.html> (20. jún 2011).

Zmeny, ktoré sa Obamova reforma pokúšala v zdravotníctve uskutočniť, pritiahli do boja o jej výslednú podobu veľké množstvo záujmových skupín. Tie v snahe vyťažiť z nej maximum (tzn. niektoré body reformy pozmeniť, úplne odstrániť či naopak pridať, alebo reformu úplne zastaviť), neváhali utrátiť na lobing ani v krízovom roku 2009 obrovské sumy peňazí, ktoré smerovali viac k oponentom, než k jej zástancam a v prvom rade ku kľúčovým kongresmanom. Napriek tomu sa prezidentovej administratíve a demokratickým kongresmanom podarilo časť významných lobby (*PhRMA*, či *AMA*, *AHA* apod.) i keď za cenu ústupkov a kompromisov na stranu reformy prilákať, a tak ju ušetriť osudu Clintonovho reformného pokusu z 90-tych rokov 20. storočia, kedy intenzívna kampaň zjednotených záujmových skupín viedla nepriamo k jeho zamietnutiu v Kongrese.

### **5.3 Hlavné body zdravotníckej reformy**

Nová zdravotnícka legislatíva sa pokúsila reagovať na už spomínané tri základné problémy rezortu. V prvom rade to bola existencia takmer 50 miliónov amerických obyvateľov bez zdravotného poistenia (v roku 2009) a ďalších miliónov s nedostačujúcim a neustále dražejúcim zdravotným poistením. Toto obmedzenie prístupu k zdravotníckej starostlivosti (z dôvodu nedostupnosti poistenia) malo spolu s fragmentáciou systému, vedúcou k opakovaným a často zbytočným vyšetreniam, negatívny vplyv na celkovú kvalitu poskytovanej zdravotníckej starostlivosti. Posledným problémom boli neustále stúpajúce náklady systému, predstihujúce nielen infláciu, ale aj výšku priemernej mzdy pracujúcich Američanov. Cieľom reformy zdravotníckeho systému sa preto stalo nasledovné: obmedzenie rastu celkových zdravotníckych výdajov, s ktorým úzko súvisí financovanie reformy; rozšírenie zdravotného poistenia pre tých, ktorí ho v súčasnosti nemajú a zlepšenie dostupnosti a kvality poistenia pre všetkých, ktorí už zdravotné poistenie vlastnia; zlepšenie prístupu k poskytovanej zdravotníckej starostlivosti a jej celkovej kvality. Do akej miery sa reformnou legislatívou demokratických kongresmanov a administratívy demokratického prezidenta Baracka Obamu, ktorá celý projekt iniciovala, podarilo uvedené problémy rezortu vyriešiť, a tak reagovať na závažný celospoločenský problém Spojených štátov, ukážu nasledujúce riadky.

### 5.3.1 Obmedzenie rastu celkových zdravotníckych nákladov a financovanie reformy: COST

Kľúčovou oblasťou zdravotníckej reformy sa stalo obmedzenie nárastu cien a celkových výdajov rezortu. Zatiaľ čo niektoré časti reformného zákona sa primárne zaoberajú cenami v zdravotníctve (najmä poistného), iné sa venujú novým platobným metódam a reorganizáciou systému, ktorý je známy nadužívaním a neefektívnosťou zdravotníckej starostlivosti.<sup>155</sup>

V snahe znižovať ceny budú mať zo zákona jednotlivé štáty federácie právomoc revidovať výšku poistného, ktoré si súkromné poisťovne v danom regióne účtujú, a tým identifikovať jeho nadmerné zvyšovanie. Od začiatku roku 2011 sú poisťovne taktiež povinné utrácať na zdravotnícke služby a kvalitu určité percento poistného (85 % u veľkých skupinových a 80 % u individuálnych poistiek a plánov malých skupín), čo má limitovať ich zisk a financie určené na iné oblasti (administratíva, marketing). Šandardizácia a väčšia prehľadnosť poistných plánov predávaných na burzách by mala podľa nového zákona viesť k zvýšenej konkurencii medzi poisťovňami a tým k potenciálnemu znižovaniu cien poistného.

V oblastiach zameraných na znižovanie výdajov sa reforma sústreďuje nielen na celkové zjednodušenie administratívy spojenej so zdravotným poistením, no najmä na zmenu platobnej politiky, organizácie a financovania programu pre seniorov - Medicare. Od roku 2011 sú redukované federálne platby do sekcie tzv. organizovanej starostlivosti tzv. *Medicare Advantage* (časť C), ktoré boli donedávna vyššie ako priemerné platby do klasického Medicare.<sup>156</sup> Zákon ďalej pozastavuje príjmovú hranicu, od ktorej sa vyvíja nárast poistného do ambulantnej sekcie Medicare (časť B) a redukuje federálne dotácie na liekovú sekciu Medicare (časť D) pre poistencov vyššej príjmovej kategórie.<sup>157</sup> Od roku 2013 bude osobám s vysokým príjmom<sup>158</sup> zvýšená o 0,9 % daň z príjmu, dotujúca nemocničnú sekciu Medicare (časť A). Poskytovateľom starostlivosti (nemocnice,

<sup>155</sup> „Health Reform: An Overview.“ Chart 14.

<sup>156</sup> Program *Medicare Advantage MA* (časť C) funguje od roku 1997 a umožňuje poistencom Medicare prijímať zdravotnícku starostlivosť cez súkromné poistné plány, poskytujúce väčší výber služieb. Federálne platby za MA sú však o 9 % drahšie ako za tradičný program Medicare.

<sup>157</sup> U oboch zmien sa to týka individuálnych poistencov s príjmom nad 85 tisíc USD ročne a u párov s príjmom nad 170 tisíc USD ročne.

<sup>158</sup> Jednotlivci s príjmom nad 200 tisíc USD ročne a páry nad 250 tisíc USD ročne.

hospice, sesterské centrá a pod.) budú podľa nového zákona znížené ročné platby a platby za zdravotné komplikácie, ktorým bolo možné predísť (napr. infekcie získané v zdravotníckych zariadeniach; opakované hospitalizácie) a bude vytvorený pilotný program zameraný na zmenu platobnej politiky z tradičných platieb za jednotlivé položky na súhrnné platby za post-akútnu starostlivosť stanovené na základe diagnózy.<sup>159</sup>

Podľa odhadov agentúry *Congressional Budget Office* (CBO) by sa celková cena zdravotníckej reformy mala vyšplhať v rozmedzí desiatich rokov (2010-2019) na 938 miliárd dolárov. Táto suma vychádza prevažne z rozšírenia programu pre chudobných - Medicaid a poskytovania federálnych dotácií a daňových úľav na financovanie individuálnych poistných plánov zakúpených na poistných burzách. Reforma by mala byť naopak financovaná z polovice ušetrením nákladov na existujúce federálne programy, najmä Medicare (548 miliárd USD) a novými príjmami (514 miliárd USD). Podľa výpočtov CBO by tak mala ušetriť federálnemu rozpočtu v danom období celkovo 124 miliárd dolárov.<sup>160</sup>

Medzi najvýznamnejšie uznesenia zamerané na ušetrenie nákladov patrí redukcia platieb poistných plánov programu *Medicare Advantage* (332 miliárd USD) a zníženie ročných platieb iným poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti (152 miliárd USD). Zákon PPACA ďalej zakladá nezávislú komisiu (*Independent Payment Advisory Board*), zodpovednú za limitovanie rastu nákladov programu Medicare, ktorá by mala ušetriť 28 miliárd dolárov. Vzhľadom k tomu, že vďaka reforme získa zdravotné poistenie mnoho v súčasnosti nepoistených osôb, budú môcť programy Medicare a Medicaid zredukovať nemocniciam platby za nekompensované zdravotnícku starostlivosť, čím ušetria podľa odhadov 36 miliárd dolárov.

Väčšinu nových príjmov tvoria dane. Osoby s vyšším ročným príjmom budú platiť vyššiu daň z príjmu na financovanie programu Medicare a tiež novú daň na ďalší príjem, napríklad z prenájmu nehnuteľností, úrokov, dividend apod. (210 miliárd USD).

<sup>159</sup> „Summary of Key Changes to Medicare in 2010 Health Reform Law,“ s. 1-2.

<sup>160</sup> „CBO’s Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010.“ *Congressional Budget Office*, 30 March 2011, s. 13-14, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf> (29. máj 2011) a „Health Reform: An Overview.“ Chart 15, „Summary of New Health Reform Law.“ s. 3-4 a 13.

Od roku 2018 budú zdanené luxusné zdravotné poisťky (tzv. *Cadillac Plans*), čo by malo do reformného rozpočtu priniesť 32 miliárd USD.<sup>161</sup> Za prísun nových klientov reforma zavádza odvetviam zdravotníckeho priemyslu (súkromné zdravotné poisťovne; farmaceutické firmy; výrobcovia zdravotníckych prístrojov, ale aj solárne štúdiá) nové poplatky, ktoré by mali do federálnej pokladnice dodať 107 miliárd USD. Zvyšok nových príjmov by mal byť zaistený z pokút jednotlivcov i zamestnávateľov za nedodržanie povinnosti vlastniť, alebo poskytovať zdravotné poistenie (69 miliárd USD) a ďalších príjmov (96 miliárd USD).

Podľa všeobecne uznávaných odhadov agentúry CBO, by reforma po počiatočnom zaťažení verejných financií v prvej dekáde mala v dlhodobom časovom horizonte (v ďalších dvadsiatich rokoch) ušetriť až 1,5 bilióna USD. Verejný deficit, ktorý by mal v roku 2020 podľa CBO tvoriť až 20 biliónov USD, to však pravdepodobne nie príliš ovplyvní. Reforma totiž obsahuje viacero dlhodobo neudržateľných bodov, týkajúcich sa napríklad redukcií platieb v programe Medicare. Na druhej strane, politici a experti nie sú dnes schopní odhadnúť skutočný efekt nielen šetriacich položiek reformy, ale najmä jej celkový vplyv na výšku cien a zdravotníckych nákladov po jej plnom rozbehnutí v roku 2014.<sup>162</sup> Do akej miery reforma zdravotníckeho nákladov zredukuje a tým pozitívne ovplyvní i verejné financie zostáva preto i naďalej otáznou.

### **5.3.2 Rozšírenie poistného pokrytia a zlepšenie kvality existujúceho zdravotného poistenia: ACCESS**

Zákony PPACA a sa snaží dosiahnuť rozšírenie poistného pokrytia pre čo najväčší počet v súčasnosti nepoistených Američanov kombináciou viacerých stratégií, nadobúdajúcich účinnosť v rôznych časových odstupoch. Zákon nadväzuje na existujúci systém kombinovaného verejno-súkromného zdravotného poistenia a vyplňa jeho medzery.

---

<sup>161</sup> Poistné plány, ktorých cena bude presahovať 10200 USD na osobu a 27500 USD budú zdanené 40 % spotrebnou daňou na čiastku presahujúcu dané hodnoty.

<sup>162</sup> The Staff of Washington Post, s. 174-175.



Od septembra 2010 musí každý štát vytvoriť dočasnú databázu osôb s existujúcimi zdravotnými problémami (*high risk pools*) a na jej základe poskytovať spôsobilým klientom<sup>163</sup> federálnou vládou sponzorované zdravotné poistenie so zákonom stanovenou výškou poistného (*Pre-existing Condition Insurance Plan*). Toto poistenie by malo fungovať do roku 2014, kedy začnú platiť iné ustanovenia, zabezpečujúce poistné pokrytie pre túto rizikovú skupinu. V snahe podchytiť ďalšiu rizikovú skupinu nepoistených, ktorú tvoria z veľkej časti mladí ľudia, začalo šesť mesiacov od schválenia zákona PPACA platiť ustanovenie, dovoľujúce dospelým deťom zotrvať na zdravotnej poisťke svojich rodičov do veku 26 rokov a to aj v prípade, ak nie sú študentmi, bývajú samostatne, alebo žijú v manželstve. Predpis sa ale nevzťahuje na ich partnerov a deti. V rovnakom období začal tiež platiť predpis zakazujúci poisťovníam odmietnuť poistiť deti s predchádzajúcimi zdravotnými problémami.<sup>164</sup>

Omnoho významnejšie zmeny v oblasti rozširovania poistného pokrytia prídu s rokom 2014. V prvom rade sa rozšíri spôsobilosť využívania sociálneho programu Medicaid pre takmer všetky osoby mladšie 65 rokov (deti, tehotné ženy, rodičov i dospelých bez detí) s príjmom nižším než je 133 % federálnej hranice chudoby (14000 USD jednotliviec a 29300 USD štvorčlenná rodina). Podmienky nadobudnutia spôsobilosti budú zjednotené a program Medicaid tak budú môcť využívať aj v niektorých štátoch momentálne nespôsobilé dospelé osoby bez závislých detí. Vzhľadom k finančnej záťaži štátnych pokladníc, ktorú expanzia Medicaid prinesie, im bude federálna vláda väčšinu výdajov na nových poistencov preplácať.<sup>165</sup>

Ďalším významným krokom bude v roku 2014 otvorenie štátnych poistných búrz, ponúkajúcich poistné plány individuálnym klientom (*American Health Benefit Exchanges*) a malým firmám do 100 zamestnancov (*Small Business Health Options Program – SHOP*). Zákon sa ním snaží zabezpečiť dostupné zdravotné poistenie živnostníkom a osobám pracujúcim v malých firmách a firmách, ktoré ho svojim

<sup>163</sup> Osoby s existujúcim zdravotným problémom a viac než šesť mesiacov bez zdravotného poistenia.

<sup>164</sup> „Health Reform: An Overview.“ Charts 3-4., „Summary of New Health Reform Law.“ *The Kaiser Family Foundation*, 21 April 2010, s. 6, <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf> (25. máj 2011) a *The Staff of Washington Post*, s. 157.

<sup>165</sup> V rokoch 2014 až 2016 preplatí na nových poistencov 100 % výdajov; 95 % v roku 2017; 94 % v roku 2018; 93 % v roku 2019 a 90 % v roku 2020 a nasledujúcich rokoch.

zamestnancom neposkytujú. Na poistných burzách, ktoré budú riadené vládou a spravovaných neziskovou organizáciou, budú spôsobilé nakupovať iba momentálne netrestané osoby s americkým občianstvom, či štatútom legálneho imigranta. Poistné plány, ktoré budú súkromné poisťovne na burzách ponúkať, by mali obsahovať minimálne základný rozsah zdravotníckych služieb a podľa výšky poistného, platieb z vlastného vrecka a rozsahu pokrytia zdravotníckych služieb by mali byť rozdelené do štyroch základných skupín - na bronzové, strieborné, zlaté a platinové plány. Individuálni klienti do veku 30 rokov si budú môcť tiež zakúpiť špeciálny katastrofický plán s vysokým vstupným poplatkom (*deductible*) a nižšími mesačnými splátkami ako má najlacnejší bronzový plán. Pre túto cieľovú skupinu budú zo vstupného poplatku navyše vyňaté preventívne zdravotnícke služby a tri klasické návštevy u lekára. V snahe zabezpečiť finančnú dostupnosť poistných plánov pre čo najviac zákazníkov, budú rodinám s príjmom v rozmedzí 133 - 400 % nad federálnou hranicou chudoby (29300 - 88200 USD ročne u štvorčlennej rodiny) poskytované federálne dotácie s pohyblivou sadzbou určené na zakúpenie zdravotného poistenia (platbu poistného), ktoré by mali cenu poistného limitovať na minimálne 2 % a maximálne 9,5 % z príjmu. Dotácie však nebudú môcť byť použité na zakúpenie poisťky hradiacej potrat a ako si pro-life lobby ďalej vynútila, štáty budú mať právomoc predaj poisťiek preplácajúcich tieto služby na burzách zakázať.<sup>166</sup>

Okrem rozširovania zdravotného pokrytia sa reforma zamerala i na zlepšenie kvality a dostupnosti existujúceho zdravotného poistenia. Aj keď začali niektoré uznesenia regulujúce súkromný poistný trh platiť už šesť mesiacov po schválení zákona (*high risk pools*; poistenie dospelých detí do 26 rokov cez rodičov a pod.), najdôležitejšie zmeny začnú fungovať od roku 2014. Súkromné zdravotné poisťovne nebudú môcť od tohto obdobia napríklad odmietnuť poistiť klienta na základe jeho zdravotného stavu, alebo si účtovať vyššie poistné; odstúpiť od zmluvy z iného dôvodu než podvodu a tiež nebudú môcť ukladať doživotné, či ročné limity čerpania zdravotného poistenia. Nové poistné plány by mali obsahovať minimálny rozsah

---

<sup>166</sup> „Health Reform: An Overview.“ Chart 5, „Summary of New Health Reform Law.“ *The Kaiser Family Foundation*, 21 April 2010, s. 4-6.

zdravotníckych služieb,<sup>167</sup> hradit' určené preventívne výkony bez finančnej spoluúčasti klienta (mamografia, kolonoskopia a pod.) a znížiť platby klienta z vlastného vrecka. Staré poisťné plány (*grandfathered group plans*) zákon ponecháva bez väčších zmien, avšak i tie by mali niektoré základné uznesenia implementovať (poistiť dospelé deti do 26 rokov; zrušiť doživotné a ročné limity a pod.). Zákon ďalej od súkromných poisťovní požaduje povinné oznamovanie finančného využitia poisťného. Pokiaľ poisťovňa nepoužije na zdravotnícke služby a zlepšovanie kvality 85 % z poisťného u skupinových poisťiek a 80 % z individuálnych poisťiek, musí peňažný rozdiel klientovi vrátiť. A nakoniec, nepodložené zvyšovanie poisťného bude revidované jednotlivými štátmi, ktorým budú na túto činnosť poskytované granty.<sup>168</sup>

Vzhľadom k tomu, že zamestnávateľom sponzorované zdravotné poistenie stále dominuje americkému poisťnému trhu (poberá ho 60 % poisťencov), myslela reforma aj na zamestnávateľov. Firmy do 100 zamestnancov budú môcť od roku 2014 nakupovať zdravotné poistenie na hore uvedených poisťných burzách (*SHOPs*). Novinkou je, že zamestnávatelia nebudú povinní poskytovať svojim zamestnancom zdravotné poistenie (žiaden *employer mandate*). Avšak, pokiaľ bude minimálne jeden zamestnanec firmy s viac než 50 zamestnancami poberať benefit zdravotného poistenia mzdové daňové úľavy a firma svojim zamestnancom nezabezpečí dostupnú zdravotnú poisťku,<sup>169</sup> bude jej udelená na každého zamestnanca pracujúceho na plný úväzok s výnimkou prvých 30 zamestnancov pokuta 2000 USD (*Employer Pay-or-Play*). Penále sa nebude vzťahovať na malých zamestnávateľov s menej než 50 zamestnancami.<sup>170</sup>

Jednou z kontroverzných položiek Obamovej reformy je individuálna povinnosť vlastniť zdravotné poistenie (*individual mandate*), ktorej cieľom je zaistenie zdravotného pokrytia pre čo najväčšiu časť populácie. Väčšina amerických občanov

<sup>167</sup> Od roku 2014 vytvára zákon PPACA tzv. balík základných zdravotníckych služieb (*essential health benefits package*), ktorý bude modelom pre minimálny rozsah služieb individuálnych poisťných plánov a plánov pre malé firmy ponúkaných na poisťnej burze i mimo nej.

<sup>168</sup> „Health Reform: An Overview.“ Charts 6-7, „Summary of New Health Reform Law.“ s. 6-7.

<sup>169</sup> Pokuta platí pokiaľ firma poskytne zamestnancovi poisťku, ktorá nepokryje ani 60 % zdravotných nákladov a výška poisťného a spoluúčasti, ktoré si zamestnanec bude musieť platiť prevyší 9,5 % jeho príjmu.

<sup>170</sup> „Health Reform: An Overview.“ Chart 8, „Summary of New Health Reform Law.“ s. 1 a The Staff of Washington Post, s. 153-161.

a legálnych rezidentov by tak od roku 2014 mala vlastniť zdravotné poistenie, ktoré by hradilo aspoň minimálny rozsah zdravotníckych služieb. Táto zákonom nariadená povinnosť vlastniť zdravotné poistenie súvisí s povinnosťou súkromných poisťovní poskytovať poistenie bez ohľadu na zdravotný stav klienta a to za štandardnú cenu. Poisťovniam zaručuje širokú klientelu a tak rozkladá poisťné riziko na celú populáciu. Bez tejto povinnosti by si mnohí, predovšetkým mladí a zdraví ľudia zakupovali poistenie až v prípade ochorenia a na poisťnom trhu by zostali najmä chorí, tzn. drahší poisťenci. Tí by neúmerne zvyšovali poisťné a robili ho nedostupným pre ďalších ľudí. V snahe predísť tomuto scenáru bude jednotlivcom, ktorí sa aj od roku 2014 rozhodnú zotrvať bez zdravotnej poisťky, podľa nového zákona udelená pokuta najviac vo výške 695 USD na dospelú osobu ročne (2085 USD na rodinu za rok), ktorá by nemala prekročiť 2,5 % ročného príjmu.<sup>171</sup> Povinnosť vlastniť zdravotnú poisťku sa nebude vzťahovať na osoby vo finančnom nedostatku, či odmietajúce poistenie z náboženských dôvodov, amerických Indiánov, ilegálnych imigrantov, osoby bez zdravotného poistenia kratšie než tri mesiace a pod. Do akej miery bude individuálny mandát fungovať je otázne. Podľa liberálnych expertov, považujúcich mandát za základný kameň reformy, sú pokuty príliš nízke. Hrozí, že mnoho zdravých ľudí ich radšej zaplatí a poistenie si zakúpi až keď ochorie, čo by viedlo k preťaženiu poisťného systému chorými a tým pádom drahšími klientmi. Zložitá bude i vynútenie jeho dodržovania. Na konzervatívnej strane politického spektra mu naopak vyčítajú neústavnosť. Porušenie povinnosti zakúpiť si zdravotné poistenie nespadá podľa nich pod ústavnú klauzulu medzištátneho obchodu a preto by nemalo byť regulované Kongresom.<sup>172</sup>

Podľa odhadu agentúry CBO z marca 2010 získa vďaka reformným zmenám do roku 2019 zdravotné poistenie 32 miliónov nepoistených - polovica z nich vďaka rozšírenému programu Medicaid a SCHIP a polovica cez poisťné burzy. Napriek tomu zostane v roku 2019 bez poistenia 8 % osôb žijúcich na území USA (23 miliónov). Ich podiel by však bez reformy stúpil na 19 %. Skupinu nepoistených budú tvoriť: ilegálni imigranti, ktorí nebudú spôsobilí využívať programy Medicaid a SCHIP a ani federálne

<sup>171</sup> Za nepoistené dieťa bude pokuta polovičná.

<sup>172</sup> Borrell, Brendan. „Pros and Cons of a Health Mandate.“ *Los Angeles Times*, February 15, 2010, <http://articles.latimes.com/2010/feb/15/news/sns-health-obama-mandate> (23.7.2011) and „Health Reform: An Overview.“ Chart 9, „Summary of New Health Reform Law.“ s. 1 a The Staff of Washington Post, s. 85-92.

daňové úľavy na zakúpenie poistiek na burze; osoby spôsobilé program Medicaid využívať, no z nejakého dôvodu nezaregistrované; osoby, na ktoré sa vzťahuje výnimka z individuálneho mandátu, no ktoré nedokážu najmä z finančných dôvodov zdravotnú poisťku získať a nakoniec osoby, ktoré budú dobrovoľne platiť pokutu a zdravotné poistenie si zoženú až v prípade ochorenia. Predpokladá sa, že väčšinu nepoistených tvorí najmä osoby s nízkymi príjmami, tak ako je tomu v súčasnosti.<sup>173</sup>

### **5.3.3 Zlepšenie prístupu k poskytovanej zdravotníckej starostlivosti a jej celkovej kvality: QUALITY**

Zákon PPACA ustanovuje niekoľko základných zmien zameraných na zlepšenie poskytovania a kvality zdravotníckej starostlivosti. Zmeny sa týkajú najmä oblastí koncentrujúcich sa na poskytovanie primárnej a preventívnej zdravotníckej starostlivosti; zvyšovanie počtu poskytovateľov tejto starostlivosti (pediatrov a všeobecných lekárov); vypracovanie nového modelu poskytovania vysoko-kvalitnej a efektívnej starostlivosti a správne využívanie informačných technológií.<sup>174</sup>

V snahe zabezpečiť pre nových poistencov Medicaid dostatok lekárov, nový zákon zvyšuje platby za primárnu zdravotnícku starostlivosť na úroveň platieb klientov Medicare. Dostatočný počet zdravotníkov pracujúcich v primárnej sfére (všeobecných lekárov a sestier) sa zákon pokúsi zabezpečiť rôznymi finančnými stimulmi (napr. štipendia či preplácanie pôžičiek študentom medicíny, zameriavajúcim sa na primárnu rodinnú medicínu). Dôraz na prevenciu je badateľný v uzneseniach, v ktorých zákon od nových súkromných poistných plánov a programu Medicare požaduje hradenie preventívnej starostlivosti bez finančnej spoluúčasti pacienta. S rovnakým cieľom zákon poskytne federálne finančné stimuly štátom na zabezpečenie minimálnej preventívnej starostlivosti i pre poistencov Medicaid. Špeciálny fond (*Prevention and Public Health Fund*) bude financovať aktivity zamerané na prevenciu civilizačných ochorení (obezity; cukrovky; kardiovaskulárnych chorôb; AIDS a pod.) a na nápravu nezdravého životného štýlu.

---

<sup>173</sup> „Selected CBO Publications Related to Health Care Legislation, 2009-2010: Enacted Legislation.“ *Congressional Budget Office*, December 2010, s. 19. <http://www.cbo.gov/ftpdocs/120xx/doc12033/12-23-SelectedHealthcarePublications.pdf> (24. máj 2011) a „Health Reform: An Overview.“ Chart 10.

<sup>174</sup> „Health Reform: An Overview.“ Charts 11-13.

Významnou zmenou pre poistencov Medicare je okrem hore uvedených zmien prezidentom Obamom avizované postupné uzavretie neslávnej diery v poistnom pokrytí liekov na predpis Medicare (časť D).<sup>175</sup> Zákon PPACA nielen že postupne zredukuje platby z vlastného vrecka za lieky zo 100 % v roku 2010 na 25 % v roku 2020, ale aj zníži finančnú spoluúčasť pacientov za generické typy liekov od roku 2011 a za moderné patentované liečivá od roku 2013.<sup>176</sup>

Ďalším dôležitým aspektom reformy bolo zlepšenie kvality poskytovanej zdravotníckej starostlivosti v užšom slova zmysle. V uzneseniach, zaoberajúcich sa touto problematikou, zákon zakladá celonárodnú stratégiu kvality, ktorá by koordinovala iniciatívy federálnej vlády zamerané na zlepšenie zdravia populácie; stanovuje výšku platieb poskytovateľom služieb na základe kvality a zlepšuje prenos informácií o kvalite služieb zákazníkom. Zatiaľ čo avizovaná finančná podpora zameraná na rozšírenie používania elektronických kariet pacientov (*electronic health records* – *EHR*) lekármi bola uzákonená už v zákone *American Recovery and Reinvestment Act of 2009*, nový zákon ich využívanie rozširuje a od lekárov požaduje pravidelné vypracovávanie správ zameraných na výkon a kvalitu ich služieb. Ďalej zákon investuje do výskumu zameraného na porovnanie efektivity jednotlivých diagnostických a liečebných postupov a rozširovanie získaných informácií medzi poskytovateľov služieb. Cieľom nového zákona je taktiež monitorovanie rozdielov v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti. To by malo priniesť dôležité informácie, využiteľné na znižovanie nerovností v poskytovaní starostlivosti na základe rasy, etnika, pohlavia, jazyka, finančného príjmu, geografických rozdielov a mentálneho či fyzického postihnutia klientov.

V súvislosti so zlepšovaním kvality zdravotníckych služieb sa reforma venuje aj úpravám oblasti zodpovednosti za poškodenie zdravia klienta (*medical malpractice*). Nejedná sa však o radikálnu reformu riešenia občianskoprávných sporov (*tort reform*), ktorá by podľa jej zástancov viedla k limitovaniu finančnej kompenzácie poškodených

---

<sup>175</sup> Doughnut Hole: medzera v poistnom pokrytí liekov na predpis presiahajúca 2830 USD a nedosahujúca katastrofický stupeň 6440 USD (rok 2010), ktorú si museli poistenci Medicare platiť 100 %.

<sup>176</sup> „Summary of Key Changes to Medicare in 2010 Health Reform Law.“ *The Kaiser Family Foundation*, s. 1-2, <http://www.kff.org/healthreform/upload/7948-02.pdf> (29. máj 2011).

osôb a tým k zníženiu počtu súdnych sporov, výšky poistenia zodpovednosti za škodu a potreby poskytovateľov zdravotníckych služieb ordinovania zbytočných vyšetrení a výkonov (*defence medicine*). Na základe reformného zákona budú štátom udeľované od roku 2011 päťročné granty na rozvoj, implementáciu a zhodnotenie alternatívnych spôsobov riešenia občianskoprávných sporov (*tort litigations*). Prednosť by mali dostať štáty, ktorým sa nielen že podarilo vyvinúť náhradné typy riešení sporov, ale tiež napríklad vypracovať návrhy na zlepšenie bezpečnosti pacientov a prevenciu zdravotníckych chýb, či zlepšiť prístup k poisteniu zodpovednosti za škodu.<sup>177</sup>

Zdravotnícka reforma sa pokúša vyriešiť základné problémy rezortu: nedostatočnú kvalitu a prístup k zdravotníckym službám a vysoké náklady systému požierajúce čoraz väčšiu časť verejných financií. Jej schválenie predstavuje najväčšie rozšírenie záchranej sociálnej siete za posledných päťdesiat rokov. A hoci zasahuje takmer do všetkých oblastí komplikovaného systému amerického zdravotníctva, v konečnom dôsledku je miernejšia, než sa predpokladalo. Nielen že ho radikálne nemení, či už prechodom na kanadský, vládou riadený systém jedného platcu, alebo zrušením systému zamestnávateľom sponzorovaného poistenia. Naopak, reforma vychádza z tradície spoločného fungovania súkromného a verejného sektoru a trhovej orientácie zdravotníckeho sektoru, historicky preferovanej konzervatívnou časťou americkej politiky. Nová legislatíva sa pokúša dosiahnuť takmer univerzálne zdravotné pokrytie populácie (podobné systému v štáte Massachusetts), ktoré chce docieľiť kombináciou troch navzájom sa ovplyvňujúcich základných faktorov: poskytovania zdravotného poistenia pre všetkých, ktorí oň prejavia záujem bez ohľadu na zdravotný stav klientov; povinného vlastníctva zdravotného poistenia pre takmer všetkých občanov a legálnych rezidentov USA a vyčlenenia verejných dotácií na financovanie zdravotného poistenia. Ústrednou zložkou reformy sa stali nové, štátmi riadené poistné burzy ponúkajúce zákonom regulované poistné plány pre jednotlivcov a zamestnancov malých firiem. Okrem zvýšenia dostupnosti zdravotníckej starostlivosti pre milióny nepoistených sa reforma snaží zredukovať celkové zdravotnícke náklady a zároveň zlepšiť kvalitu poskytovaných služieb a tak aj konečné dôsledky na zdravie amerického obyvateľstva.

---

<sup>177</sup> „Summary of New Health Reform Law.“ s. 9.

## 5.4 Porovnanie Obamovej vízie reformy a zákona PPACA

V čom sa zdravotnícka reforma reprezentovaná predovšetkým zákonom *Patient Protection and Affordable Care Act* - PPACA (HR 3590) doplneným urovnávacím zákonom z marca 2010 (HR 4872) odlišovala od predstavy senátora a neskôr prezidenta Baracka Obamu? Porovnanie Obamovho návrhu s výslednou reformou nie je jednoduché už z hľadiska rozsahu oboch dokumentov. Zatiaľ čo prezident Obama svoj plán reformnej legislatívy na rozdiel od prezidenta Billa Clintona, ktorého administratíva vypracovala celý návrh zákona, iba načrtol, finálnu podobu s rozsahom viac než dve tisíc strán zákon získal až v Kongrese. Napriek tomu, že výsledná zdravotnícka legislatíva nesie s Obamovou predstavou mnoho zhodných znakov, niekoľko podstatných a medializovaných návrhov, zameraných na konkrétne riešenia hlavných problémov rezortu v nej chýba. A pretože nemá význam opakovať už vysvetlené položky reformy, po stručnom vymenovaní zhodných uznesení sa zameriam predovšetkým na body, ktoré sa prezidentovi Obamovi naplniť nepodarilo.

Vo všeobecnosti sa dá povedať, že nová zdravotnícka reforma je zhmotnením vízie prezidenta Baracka Obamu. Predovšetkým, je postavená na viac než pol storočie fungujúcom modeli zamestnávateľom sponzorovaného zdravotného poistenia, rozšírení verejných sociálnych programov Medicaid a SCHIP a zdieľanej finančnej zodpovednosti všetkých účastníkov zdravotníckeho systému (pacientov, zamestnávateľov, poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti, dodávateľov liečiv a liečebných či diagnostických zariadení, súkromných zdravotných poisťovní, štátov a federálnej vlády). Primárnym cieľom prezidenta Obamu i zákona PPACA bolo rozšírenie zdravotného poistenia, zabezpečenie kvalitných zdravotníckych služieb s dôrazom na prevenciu a primárnu zdravotnícku starostlivosť a zastavenie rastu celkových zdravotníckych nákladov, čiže riešenie troch základných problémov rezortu – ceny, dostupnosti a kvality zdravotníckej starostlivosti (*cost, access, quality*).

Pre osoby bez zdravotného poistenia oba dokumenty (výsledná zdravotnícka reforma aj Obamov legislatívny návrh) rozširujú verejný program Medicaid; v každom štáte zakladajú poisťnú burzu; daňovými úľavami dotujú zakúpenie zdravotného poistenia pre jednotlivcov i malé firmy; vytvárajú dočasné a finančne dostupné zdravotné poistenie pre rizikovú skupinu ľudí so zdravotnými problémami (*high risk*



*pools*); zakazujú súkromným poisťovniam diskriminovať poistencov na základe ich zdravotného stavu a mladým ľuďom do 26 rokov povoľujú zostať na zdravotnom poistení svojich rodičov. Existujúce zdravotné poistenie (staré poisťky) ponechávajú bez zásadných zmien, pokiaľ nepočítame napríklad povinnosť pripoistenia dospelých detí do 26 rokov či spätného odmietnutia platby za už poskytnutú liečbu. Nové poisťné plány by však okrem hore uvedeného mali poskytovať minimálny rozsah zdravotníckych služieb. Súkromné poisťovne predávajúce na burzách by mali podľa oboch dokumentov vysvetľovať neprimerané zvyšovanie poisťného štátom, ktoré tieto burzy spravujú.

Oproti zhodným položkám sa do konečného reformného zákona nedostalo niekoľko Obamových návrhov. Predovšetkým sa v nej nenachádza nový typ verejného zdravotného poistenia (*public option*), spravovaného štátnou, alebo federálnou vládou, ktoré by konkurovalo súkromným poisťným plánom ponúkaným na poisťných burzách. Verejné poistenie, obsahujúce podobne ako nové súkromné plány aspoň minimálny rozsah služieb, malo na burze ponúkať rozličné i keď štandardizované stupne poisťného krytia (od základného po komplexné). Zatiaľ čo pre konzervatívcoo predstavovalo prvý krok k systému jedného platu a socializácii medicíny (*socialized health care*), pre pokrokových liberálov bolo kľúčovým bodom reformy, ktorý by ceny súkromných poisťovní udržoval pod kontrolou a zdravotné poistenie by sprístupnil pre ďalších ľudí. Podľa konzervatívnych kritikov by vládou financované a generovaním zisku nepoháňané verejné poistenie trvale poškodilo súkromné poisťovne, ktoré by jeho nižším cenám nemohli konkurovať. Liberáli v ňom naopak videli možnosť nového a cenovo dostupného poistenia a potenciál znižovania cien naprieč poisťným trhom, bez ktorého by reforma nebola dostatočná. Ako vieme, na žiadosť nezávislého senátora Josepha I. Liebermana, zdieľajúceho postoj konzervatívneho bloku, bolo verejné poistenie z procedurálnych dôvodov (nutnosti zabezpečiť dostatočný počet hlasov) zo zákona PPACA na poslednú chvíľu odstránené.<sup>178</sup>

Druhou položkou, ktorou sa Obamov návrh reformy od zákona PPACA odlišoval, bola povinnosť zabezpečiť zdravotné poistenie pre všetky deti (*individual mandate for children*). V konečnej verzii zákona ju vystriedala prísnejšia povinnosť takmer všetkých jednotlivcov vlastniť zdravotné poistenie (*individual mandate*), ktorej nedodržiavanie bude pokutované. Taktiež, Obamom pôvodne zmýšľaná povinnosť

<sup>178</sup> Shaw, Donny, „What is the Public Option? *Blog OpenCongress*.”

zamestnávateľov poskytovať svojim zamestnancom zdravotné poistenie so štandardným rozsahom pokrytia a platiť zaň stanovenú časť poplatkov (*employer mandate*) vystriedal systém, ktorý zamestnávateľom s výnimkou malých firiem do 50 zamestnancov dáva možnosť poberať daňové úľavy a zabezpečiť zamestnancom dostupné zdravotné poistenie, alebo zaplatiť za určitých podmienok stanovenú pokutu

Ďalšou oblasťou, ktorá sa do konečného reformného zákona premietla iba čiastočne, boli plány zamerané na zníženie cien liekov na predpis, o ktoré liberáli usilovali dlhú dobu. Zatiaľ čo Obama vo svojom návrhu sľuboval zaviesť možnosť dovozu bezpečných a cenovo výhodných liekov zo susednej Kanady a ďalších rozvinutých krajín, v reformnom zákone sa táto položka nenachádza. Rovnako sa do neho nedostalo ani obnovenie možnosti federálnej vlády, zodpovednej za program Medicare (časť D) a nový program verejného poistenia (*public option*), vyjednávať s farmaceutickými firmami o nižšie ceny liekov.<sup>179</sup> Napriek tomu farmaceutické firmy sľúbili poskytnúť poistencom Medicare na lieky na predpis zľavy v hodnote 80–100 miliárd USD za prvú dekádu. Zľavy by mali platiť nielen na nové, patentované, ale aj na lacnejšie generické lieky. Do reformy sa taktiež podarilo zapracovať Obamom propagované nariadenia smerujúce k širšiemu využívaniu lacnejších generických liekov poistencami ostatných verejných poistných programov.<sup>180</sup>

Podľa mnohých (profesijné organizácie *AMA*, *AHA*, ale i *U.S. Chamber of Commerce*) mala byť v centre zdravotníckej reformy aj reforma systému právnej zodpovednosti za škodu z nedbanlivosti (*tort reform; medical malpractice*), zameraná na zníženie finančného odškodnenia za neekonomické škody. To by podľa nich nielen že znížilo poistné, ktoré musia zdravotníci v ochrane pred prípadným súdnym sporom platiť, ale taktiež potrebu lekárov prevádzať drahú, obrannú medicínu a tak aj celkové náklady systému. Obama tento spôsob reformy právnej zodpovednosti za škodu odmietol a vo svojom návrhu sa zameral výhradne na podporu alternatívnych spôsobov riešenia sporov (zmierovacie procesy; arbitráže), prevenciu zdravotníckych chýb

---

<sup>179</sup> Obamov návrh mal zrušiť predchádzajúcou administratívou Georga W. Busha zákonom zákázané (*Medical Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003*) vyjednávanie vlády o znižovaní ceny liekov na predpis.

a podporu protimonopolných zákonov, ktoré mali poisťovniam zabrániť účtovaniu príliš vysokých poisťných poplatkov. Zdravotnícka reforma, presadená demokratickými kongresmanmi sa však touto oblasťou zaoberá ešte menej. Okrem uznesení zameraných na monitorovanie, analýzu a prevenciu zdravotníckych chýb, poskytuje štátom špeciálne päťročné granty, zamerané na vývoj a výskum spomínaných alternatív súdnych sporov.<sup>181</sup>

Dôležitou a značne medializovanou položkou zdravotníckej reformy, ktorá ju takmer úplne zablokovala, sa stala kontroverzná problematika poisťného pokrytia potratov. Prezident Obama sa vo svojom návrhu prihlásil k „*pro-choice*“ ideám a to k právu žien na slobodné rozhodnutie ísť na potrat podľa rozhodnutia Ústavného súdu k prípadu *Roe vs. Wade*; k začleneniu výnimky ohrozenia zdravia tehotnej ženy do štátnych zákazov potratu predčasným pôrodom a k zrušeniu existujúceho zákazu využitia federálnych dotácií na hradenie potratu s výnimkou prípadov znásilnenia, incestu a ohrozenia života matky podľa Hydovho dodatku (*Hyde Amendment*) z roku 1977.<sup>182</sup> Napriek jeho liberálnym postojom sa „*pro-life*“ záujmovým organizáciám, kongresmanom a cirkvám podarilo z dôvodu zabezpečenia dostatočného počtu hlasov začleniť do reformného zákona uznesenia zakazujúce využívanie federálnych dotácií, poskytovaných na financovanie individuálneho zdravotného poistenia predávaného na burzách a tiež rozšírenie programu Medicaid, na poisťné hradenie potratov. Zatiaľ čo pôvodný dodatok demokratického kongresmana Barta Stupaka (D-Mich.), ktorý bol pričlenený k návrhu zákona schváleného dolnou komorou Kongresu, zakazoval poisťným plánom predávaným na burzách hradiť potraty pokiaľ by ich klienti poberali na ich zakúpenie federálne dotácie, výsledný zákon upravil uznesenia týkajúce sa potratov v reakcii na kritiku dodatku „*pro-choice*“ organizáciami kompromisom. Podľa neho môžu poisťovne predávať na burzách programy hradiace potrat, avšak za túto službu budú klienti platiť extra poisťné, na ktoré by sa nevzťahovali federálne dotácie. Zákon však štátom povoľuje zakázať predaj poisťných plánov poskytujúcich hradenie

---

<sup>180</sup> „Barack Obama and Joe Biden’s Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable and Accessible Health Coverage for All.” *SCRIBD*, <http://www.scribd.com/doc/6385377/Barack-Obamas-Healthcare-Full-Plan> (7. jún 2011).

<sup>181</sup> Na granty bolo vyčlenené 50 miliónov USD. Podľa The Staff of Washington Post, s.143.

<sup>182</sup> *Hyde Amendment of 1977* zakazuje poisťné hradenie potratov plánmi poskytovanými federálnym zamestnancom; poisťkami TRICARE pre rodiny vojakov a verejným programom pre osoby v núdzi Medicaid. Tretina štátov však poskytuje vlastné financie na poisťné pokrytie potratov programu Medicaid.

potratov na ich burzách. Ako sa ukázalo, tento postup neuspokojil ani jeden zo znepriatelených táborov. Otázka potratov a ich poistného hradenia tak pravdepodobne ani po roku 2014 z verejnej a politickej debaty nevymizne.<sup>183</sup>

## 5.5 Zhrnutie

Na základe porovnania reformných návrhov prezidenta Baracka Obamu a výslednej reformy zdravotníckeho systému je možné tvrdiť nasledovné. Vo všeobecnosti sa Kongresu, presnejšie jeho demokratickej väčšine, podarilo prezidentov model reformy naplniť a presadiť zatiaľ najrozsiahlejšiu zmenu zdravotníckeho systému, zasahujúceho do veľkej časti amerického hospodárstva. Napriek tomu sa do výsledného zákona (respektíve dvoch zákonov) niekoľko základných položiek, prezentovaných Barackom Obamom už v jeho predvolebnej kampani, implementovať nepodarilo. Do zákona sa tak nedostalo verejnosť i politiku polarizujúce uznesenie zakladajúce verejné zdravotné poistenie (*public option*). Obamom navrhovaná povinnosť zamestnávateľov poskytovať zdravotné poistenie (*employer mandate*) a povinnosť zabezpečiť zdravotné poistenie pre všetky deti boli v priebehu legislatívneho procesu modifikované do miernejšieho systému (*pay-or-play*) v prvom prípade a do povinnosti všetkých Američanov a rezidentov s trvalým pobytom vlastniť zdravotné poistenie (*individual mandate*) v prípade druhom. V zákone sa neobjavujú ani medializované a liberálmi dlhodobo propagované sľuby umožniť dovoz liekov zo zahraničia, či povoliť vláde vyjednávanie nižších cien liekov pre poistencov verejných poistných programov. Taktiež Obamov liberálny postoj k právu žien na potrat za určitých podmienok musel byť pod tlakom *pro-life* záujmových skupín, nahradený položkami zamedzujúcimi využitie federálnych dotácií na poistné pokrytie potratov. Ani jeden z dokumentov však neobsahuje zásadnú zmenu systému právnej zodpovednosti za škodu (*tort reform*). Namiesto nej oba navrhujú iba všeobecné a podľa kritikov bezzubé ustanovenia zamerané na prevenciu a monitorovanie zdravotníckych chýb a vývoj alternatívnych spôsobov riešenia súdnych sporov. Konečná podoba zdravotníckej reformy je výsledkom dlhého a komplikovaného schvaľovacieho procesu, na ktorý vplývalo viacero faktorov. V prvom rade to bola extrémna stránica polarizácia

---

<sup>183</sup> The Staff of Washington Post, s. 179-182.

Kongresu, ktorú bolo možné prekonať iba neobvyklou, avšak pre presadenie zákona dôležitou jednotou vládnucej Demokratickej strany a predovšetkým v jej schopnosti nájsť medzi jej členmi konsenzus. Ten bol docielený iba za cenu väčších či menších ústupkov nielen niektorým kľúčovým kongresmanom, ale i mnohopočetným záujmovým skupinám, ktoré postoje kongresmanov výrazne ovplyvňujú.

## 6. Záver

Americká spoločnosť sa dlhú dobu zaoberala otázkou, či svojim členom zabezpečiť univerzálny prístup k zdravotníckej starostlivosti a pokiaľ áno, ako toho docieľiť. Zatiaľ čo sa politici a verejnosť dohadovali o tom, čo by bolo vhodné zmeniť a či je to možné politicky presadiť, americké zdravotníctvo sa rozvinulo do súčasného, technologicky vyspelého a výkonného systému na jednej strane a zároveň komplikovaného, fragmentovaného a drahého hospodárskeho odvetvia na strane druhej. A hoci dnes Spojené štáty vynakladajú na svoj zdravotnícky systém najviac financií na svete, veľká časť obyvateľstva nemá z dôvodu absencie zdravotného poistenia k štandardným zdravotníckym službám prístup. Narastajúci trend oboch problémov sa spolu so zaoštvávajúcou kvalitou priemerne poskytovanej starostlivosti a jej dopadov na zdravie populácie stal ekonomicky i sociálne neúnosným a laická i odborná verejnosť začala čoraz naliehavejšie volať po zmene. Politickí lídri, ktorí sa o celkovú zmenu systému v nedávnej minulosti pokúšali, však neboli vo svojich snahách úspešní. Príčinou nebol ani tak nedostatok politickej vôle, než okolnosti, za ktorých politici o zmenu usilovali a tiež politický systém, v ktorom pracovali. Americký politický systém rozdelených právomocí (*checks and balances*) je i dnes často považovaný za najdemokratickejší na svete práve preto, že zabraňuje jednotlivým aktérom (exekutíva, legislatíva, súdnictvo) v zneužití politickej moci. V kombinácii s ďalšími javmi súčasnej americkej politiky, tzn. s narastajúcim trendom zneužívania obštrukčných stratégií v Senáte (*filibuster*), nepoľavujúcim vplyvom mnohopočetných záujmových skupín a silnou ideologickou polarizáciou oboch politických strán, sa však stáva ťažkopádnym až nefunkčným, čo vedie k problematickému presadzovaniu dôležitých politických zmien. Napriek tomu sa administratíve 44. prezidenta Spojených štátov amerických, demokrata Baracka Obamu a 111. Kongresu s prevahou Demokratov podarilo v marci 2010 schváliť zákon, ktorý má veľký potenciál budúcu podobu zdravotníckeho systému Spojených štátov významne ovplyvniť.

Predkladaná diplomová práca si položila dva základné ciele. V prvom rade usilovala o zmapovanie vzniku potreby reformy zdravotníctva, jej komplikovaného priebehu a konečného výsledku, ktorý zanalyzovala z pohľadu pôvodných reformných plánov. Zároveň sa pokúsila zhodnotiť politické aktivity zamerané na zmenu tohto významného vnútropolitického rezortu z hľadiska súčasnej kritiky politického systému.

Ten je vďaka kombinácií viacerých faktorov, z ktorých sa za najvýznamnejší považuje extrémna stranícka polarizácia súčasných politických strán, označovaný za neefektívny a často neschopný adekvátnej reakcie na potrebu riešenia zásadných celospoločenských problémov. Pretože reforma zdravotníckeho systému nepochybne medzi významné vnútropolitické zmeny patrí, práca sa zamýšľa nad tým, ako k tomu došlo a do akej miery do celého procesu (a jeho výsledku) zasahovalo ideologické rozdelenie americkej spoločnosti a politiky, ale tiež formálne rozdelenie ústavných kompetencií.

Na základe analýzy prieskumov verejnej mienky zo skúmaného obdobia (2007-2010) je možné tvrdiť nasledovné. Americká spoločnosť bola stavom zdravotníckeho systému a jeho nedostatkov v oblasti ceny, dostupnosti a kvality znepokojená a požadovala jeho nápravu a to aj napriek paradoxnej spokojnosti väčšiny respondentov s vlastným zdravotným poistením i kvalitou poskytovanej starostlivosti. Vo svojich predstavách o rozsahu reformy boli radikálnejší voliči demokratických kandidátov, požadujúci komplexnú zmenu systému s dôrazom na rozšírenie dostupnosti zdravotného poistenia a znižovanie cien. Republikánski voliči preferovali čiastočné zmeny zamerané najmä na znižovanie finančných nákladov. Napriek pozitívnemu vnímaniu viacerých položiek reformy sa vplyvom dlhého a komplikovaného schvaľovacieho procesu a agresívnej mediálnej kampane konzervatívneho politického krídla (zaoberajúcej sa otázkami o úlohe federálnej vlády, výške daní, či miere zodpovednosti jednotlivca v oblasti zdravia) verejnosť postupne polarizovala a zostala rozdelená aj po jej presadení. Nespokojnosť voličstva sa následne odrazila na kolísavej miere podpory reformy mnohých kľúčových kongresmanov usilujúcich o znovuzvolenie v ideologicky rozdelených volebných obvodoch.

Iniciátorom zdravotníckej reformy a ústredným aktérom dohliadajúcim na jej schvaľovací proces bol novozvolený demokratický prezident Barack Obama, ktorý ju zaradením do svojej politickej agendy uviedol do pozornosti Kongresu. V snahe prekonať prekážky v podobe silných záujmových skupín, odmietavého Kongresu a straty verejnej podpory, ktoré jeho politickým predchodcom znemožnili presadenie zásadnej zmeny systému v minulosti, prijala jeho administratíva špeciálnu taktiku založenú na prenechaní vypracovania reformného zákona Kongresu, získaní podpory niektorých záujmových skupín a udržovaní verejnej podpory. Tá sa ukázala byť úspešná, hoci neskôr kritizovaná za prílišné politikárčenie a nedostatočné vedenie

verejnej diskusie. Kritizovaná bola i prezidentova neschopnosť dosiahnuť pri vytváraní reformy väčšej spolupráce oboch politických strán, keď jeho predsavzatia o vykonávaní zmierlivejšej politiky zostali len na rétorickej rovine. Jeho snahy však a priori komplikovala extrémna opozícia Republikánov a jediným východiskom sa preto stala možnosť presadenia reformy iba s pomocou demokratickej väčšiny.

Hoci bol schvaľovací proces reformy zdravotníctva označovaný za neprehľadný, zdĺhavý a ideologicky vyostrený, prebiehal v možnostiach amerického politického systému. Väčšinová Demokratická strana sa počas neho pokúšala zaistiť pre svoje reformné návrhy nielen podporu umiernených členov Republikánskej strany, ale tiež konsenzus vo vlastných radách, ktorý sa vzhľadom k zjednotenej republikánskej opozícií ukázal byť z hľadiska samotného hlasovania kľúčovým. Kompromisy, ktoré boli demokratickí zákonodarcovia donútení v tomto procese urobiť tak neboli výsledkom ústupkov republikánskej opozícií, ale záujmovým skupinám a najmä kľúčovým demokratickým a nezávislým kongresmanom (odstránenie *public option*, vynechanie možnosti federálnej vlády vyjednávať o cenách liekov, alebo ich dovážať atď.). Dalo by sa preto povedať, že extrémna stranícka polarizácia ovplyvnila legislatívny proces zdravotníckej reformy dvoma spôsobmi. Mediálna kampaň, ktorú Republikáni a konzervatívne organizácie proti Obamovej zdravotníckej reforme a najmä jeho návrhu vytvoriť nový typ verejného zdravotného poistenia (*public option*) zahájili, znepokojila americkú verejnosť, ktorej narastajúce názorové rozdelenie v otázke reformy a postupná strata podpory následne zneistela viacerých demokratických kongresmanov usilujúcich o znovuzvolenie. Nemožnosť dosiahnutia politického konsenzu s Republikánmi a strata kvalifikovanej väčšiny v Senáte viedli reformátorov k závislosti na jednotnej podpore členov Demokratickej strany a tiež nezávislých poslancov, ktorí s Demokratmi sympatizujú. Nerozhodní kongresmani z radov Demokratickej strany pochopili svoju dôležitosť pri presadzovaní reformy a mnohí z nich ju využili na presadenie vlastných záujmov.

Výsledná podoba zdravotníckej reformy v mnohom zodpovedá pôvodnej vízií Baracka Obamu. Nevyhnutné ústupky z nej však podľa niektorých urobili oveľa slabší zákon (najmä v oblasti kontroly finančných nákladov), než aký bol jej pôvodný potenciál. Posúdenie jej výkonnosti je ale zatiaľ predčasné. To, že bola uzákonená nám však v súlade s pôvodnou tézou práce dokazuje, že aj v období vysokej straníckej



polarizácie je americký politický systém schopný reagovať na potrebu významnej politickej zmeny a za priaznivých okolností (*window of opportunity*) vyprodukovať legislatívu veľkého významu. Pokiaľ sa však na funkčnosť systému pozeráme z pohľadu očakávanej miery spolupráce oboch politických strán (*bipartisanship*), reforma nespĺňa žiadané kritériá. „Obamova“ zdravotnícka reforma je naopak ukážkou klasického využitia legislatívnej väčšiny prezidentovej Demokratickej strany a príkladom teórie tzv. zodpovednej vlády (*responsible party government*), doporučovanej politológmi už v druhej polovici 20. storočia. Ako však ukázali voľby v roku 2010, situácia v roku 2008 bola skôr výnimočná a skutočným testom fungovania politického systému budú ďalšie dôležité zákony prijaté už opäť rozdelenou vládou.

## 7. Summary

After more than a century of public discussion about the necessity to provide accessible and affordable health care for all Americans, as well as decades of unsuccessful attempts by numerous politicians to pass a comprehensive health-care reform since the 1960s, the administration of the 44<sup>th</sup> president of the United States, a Democrat, Barack Obama and the 111<sup>th</sup> Congress with the majority of Democrats have managed to overcome unified opposition by Republicans and passed The Patient Protection and Affordable Care Act. In March 2010, President Obama signed the legislation that has strong potential to become a historical milestone of social and health-care policy, such as the Social Security Act enactment during the administration of President Franklin D. Roosevelt in 1935, or the creation of two federal programs for seniors and poor Medicare and Medicaid by President Lyndon B. Johnson in 1965. This rare occasion, or a so-called „*window of opportunity*“ for the enactment of the comprehensive health-care reform appeared by a combination of several contributing factors, such as good cooperation between executive and legislative branches of the U.S. Government; not always common unity among Democratic party members; elevated public demand to “*do something with health care*”; a grim economic situation; use of a special legislative tool (reconciliation bill) to avoid filibuster in the Senate, and finally, by omitting several polarizing provisions (public option; tort reform; abortion coverage, etc.) from the final reform proposal.

This diploma thesis has focused on two major aims. First, it examines in detail the legislative process of health-care reform, actions of its major players (public, congressional parties, president, and interest groups) as well as its result (the reform bills), which compares to the initial reform proposals of President Obama. The findings are then analyzed from the point of view of a current political discussion about the alleged dysfunction of the modern American two-party system, which has been recently criticized for its tendency to result in a political stalemate caused by extreme party polarization that prevents fruitful party cooperation.

With regard to this theory we can claim that the successful enactment of the comprehensive health-care reform demonstrates that the American political system is still able to produce a major piece of legislation even in an era of strong party

polarization. However, as the whole process has been managed under the unified government of the Democratic Party (holding the congressional majority as well as the executive branch) and without the assistance of opposing Republicans, the recent health-care reform is rather an example of majority politics or so-called “responsible party government” than desired and expected bipartisan cooperation. Nevertheless, the party polarization and media campaign affected the legislative process in two distinct ways. It managed to divide an initially fairly supportive public, which eventually turned against the reform. It also gave strong negotiating power to a number of undecided members of congressional Democratic caucuses, some of whom used it and thus changed the final version of health-care reform.

## 8. Použitá literatúra a pramene

### Primárne pramene

- „2008 Official Presidential Election Results.“ *Federal Election Commission*, <http://www.fec.gov/pubrec/fe2008/2008presgeresults.pdf> (4. máj 2011).
- „2010 Budget Resolution Side-By-Side.“ *Senate Budget Committee*, April 28 2009, <http://budget.senate.gov/republican/pressarchive/2009/SideBySideCONFERENCE2010.pdf> (6. máj 2011).
- Beider, Perry; Hagen, Stuart, „Limiting Tort Liability for Medical Malpractice.“ *Congressional Budget Office Economic & Budget Issue Brief*, January 2004, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/49xx/doc4968/01-08-MedicalMalpractice.pdf> (3. máj 2011).
- „Bill Summary & Status - 111<sup>th</sup> Congress (2009-2010) – H.CON.RES.85 CRS Summary.“ *The Library of Congress*, <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:HC00085:@@D&summ2=m&> (6. máj 2011).
- „Bill Summary & Status – 111<sup>th</sup> Congress (2009-2010) – H.R. 4872.“ *The Library of Congress*, <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:HR04872:@@R> (16. máj 2011).
- „Budget of the United States Government: Fiscal Year 2010.“ *Government Printing Office*, <http://www.gpoaccess.gov/usbudget/fy10/pdf/budget/health.pdf> (6. máj 2011).
- „CBO’s Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010.“ *Congressional Budget Office*, 30 March 2011, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf> (29. máj 2011).
- „Historical NHE, including Sponsor Analysis, 2009.“ *Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group*, [http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25\\_NHE\\_Fact\\_Sheet.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage) (27. marec 2011).
- „H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation).“ *Congressional Budget Office*, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf> (20. november 2010).
- „OECD Health Data 2010.“ *Organisation for Economic Co-operation and Development*, <http://www.oecd.org/health/healthdata> (6. január 2011).
- „Projected NHE, 2009-2019.“ *Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group*, [http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25\\_NHE\\_Fact\\_Sheet.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage) (27. marec 2011).
- „Selected CBO Publications Related to Health Care Legislation, 2009-2010: Enacted Legislation.“ *Congressional Budget Office*, December 2010, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/120xx/doc12033/12-23-SelectedHealthcarePublications.pdf> (24. máj 2011).
- „The Agenda.“ *The Office of the President-elect*, <http://change.gov/agenda/> (4. máj 2011).
- „United States of America: Health Profile.“ *World Health Organization*, August 30 2010, <http://www.who.int/gho/countries/usa.pdf> (20. február 2011).

- „White House Forum On Health Reform, March 5 2009.“ *Washington, DC: White House*,  
[http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White\\_House\\_Forum\\_on\\_Health\\_Reform\\_Report.pdf](http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White_House_Forum_on_Health_Reform_Report.pdf) (6. máj 2011).

## Monografie a odborné štúdie

- Andersen, Ronald M.; Rice, Thomas H.; Kominsky, Gerald F. (ed.), *Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management*. (John Wiley & Sons, 3. ed., 2007).
- Aaron, Henry J.; Schwartz, William B.; Cox, Melissa, *Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care* (Brookings Institution Press, 1. ed. 2005).
- Barr, Donald A., *Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America* (The Johns Hopkins University Press, 2. ed., 2007).
- Bodenheimer, Thomas S.; Grumbach Kevin, *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (New York: McGraw-Hill Medical, 5. ed., 2009).
- Brinkley, Alan; Polsby, Nelson; Sullivan, Kathleen M., *New Federalist Papers: Essays in Defense of the Constitution* (New York: W. W. Norton & Company, 1997).
- Davidson, Roger H.; Oleszek, Walter J.; Lee, Francis E., *Congress and Its Members* (Washington, DC: CQ Press, 12. ed., 2010).
- Emanuel, Ezekiel J.; Fuchs, Victor, *Healthcare, Guaranteed: A Simple, Secure Solution For America* (PublicAffairs, 2008).
- Frantzich, Stephen E.; Schier, Steven E., *Congress: Games and Strategies* (Dobuque: Wm. C. Brown Communications, Inc, 1995).
- Han, Lori Cox, *New Directions in American Presidency* (New York: Routledge, 2011).
- Kellner, Samuel; Jacobson, Gary C., *The Logic of American Politics* (Washington, DC: CQ Press, 3. ed., 2006).
- Koger, Gregory. *Filibustering: A Political History of Obstruction in the House and Senate* (Chicago: The University of Chicago Press, 2010).
- Maisel, Sandy L., *The Parties Respond: Changes in American Parties and Campaigns* (Boulder: Westview Press, 4. ed., 2002).
- Morone, James A.; Jacobs, Lawrence R. (ed.), *Healthy, Wealthy and Fair: Healthcare and the Good Society* (Oxford: Oxford University Press, 2005).
- Norrander, Barbara; Wilcox, Clyde (ed.), *Understanding Public Opinion* (Washington: CQ Press, 2. ed., 2002).
- Parker, Kimberly C, *Is Clinton's Health Care Plan Socialized Medicine?* (Huntington House Publishers, 1994).
- Relman, Arnold S., *A Second Opinion: Rescuing America's Health Care* (New York: PublicAffairs, 1. ed., 2007).
- Roth, William F., *Comprehensive Healthcare for the U.S.: An Idealized Model* (New York: CRS Press, Taylor & Francis Group, 2010).
- Shafie, David., „The Presidency and Domestic Policy,“ v *New Directions in the American Presidency.*, ed. Han, Lori Cox (New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2011).
- Shi, Lei-yu; Singh, Douglas A., *Essentials of the U.S. Health Care System* (Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2. ed., 2009).

- Sultz, Harry A.; Young Kristina M., *Health Care USA: Understanding Its Organization and Delivery* (Jones & Bartlett Publishers, 6. ed., 2009).
- The Staff of Washington Post, *LANDMARK: America's New Health-Care Law and What It Means for Us All* (New York: PublicAffairs, 2010).
- Tocqueville, Alexis de, *Democracy in America*, Vol.1 (New York: Vintage Books Edition, 1990).
- Weissert, Carol S., Weissert, William G. *Governing Health: The Politics of Health Policy* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 3. ed., 2006).
- Wilson, James Q.; DiIulio, John J.Jr., *American Government: Institutions and Politics* (Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 7. ed., 1998).

## Odborné články

- Anderson, Gerard F.; Markovich, Patricia, „Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2008.“ *Johns Hopkins University: Commonwealth Fund*, April 15, 2010, [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Surveys/2010/PDF\\_1371\\_Anderson\\_multinational\\_comparisons\\_hlt\\_sys\\_data\\_2008\\_chartbook\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Surveys/2010/PDF_1371_Anderson_multinational_comparisons_hlt_sys_data_2008_chartbook_v2.pdf) (1. máj 2011).
- Blendon, Robert J.; Altman, Drew E.; Deane, Claudia etc, „Health Care in the 2008 Presidential Primaries.“ *The New England Journal of Medicine*, Vol 358, No. 4, 24 Jan. 2008, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr0708410#t=article> (4. apríl 2011).
- Blendon, Robert J.; Benson John M., „Americans' Views on Health Policy: a Fifty-Year Historical Perspective,“ *Health Affairs*, Vol. 20, No. 2, 2001, <http://content.healthaffairs.org/content/20/2/33.full.html> (4. apríl 2011).
- Boyle, M. Charles, „Presidents and the Health Care Promise,“ *Johns Hopkins University*, <http://www.thepresidency.org/storage/documents/Fellows2008/Boyle.pdf> (23. apríl 2011).
- Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L., „Envisioning the Future: the 2008 Presidential Candidates' Health Reform Proposals.“ *Commonwealth Fund*, January 2008, [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Collins\\_envisioningfuture2008presca ndhltreformprop\\_1092.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Collins_envisioningfuture2008presca ndhltreformprop_1092.pdf?section=4039) (1. máj 2011).
- Dickinson, Matthew, „Obama and the 111th Congress.“ *Middlebury College*, Midwest Political Science Association 67th Annual National Conference, Chicago, IL, Apr 02, 2009, [http://www.allacademic.com/meta/p360901\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p360901_index.html) (28. jún 2011).
- Hanson, Peter, „The Impact of Partisan Polarization on the Congressional Appropriations Process.“ *University of California, Berkeley: Department of Political Science*, 27th August 2007, [http://www.allacademic.com/meta/p209303\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p209303_index.html) (14. máj 2011).
- Ilderton, Nathan A., „Congressional Polarization and the Legislative Agenda.“ *Texas A&M University*, Midwest Political Science Association 66th Annual National Conference, Chicago, IL, Apr 3-6, 2008, [http://www.allacademic.com/meta/p266270\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p266270_index.html) (14. máj 2011).
- Ilderton, Nathan A. „Party Polarization and the Legislative Productivity in Congress.“ *Texas A&M University*, 104<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston, Aug. 28-31, 2008.

- Sinclair, Barbara, „The Dream Fulfilled? Congressional Parties 50 Years After the APSA Report.“ *University of California, Los Angeles, American Political Science Association Meetings*, Aug. 30-Sept 3, 2000, Washington, D.C.,  
<http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/apsa2000sinclair.pdf> (28. jún 2011).
- „Toward a More Responsible Two Party System: A Report of the Committee on Political Parties.“ *American Political Science Association*, Vol. 44, No. 3, Part 2, September, 1950,  
[http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950\\_Foreward.pdf](http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950_Foreward.pdf) a  
[http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950\\_Summary.pdf](http://www.apsanet.org/~pop/APSA1950/APSA1950_Summary.pdf) (28. jún 2011).
- Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry; Himmelstein, David, „Costs of Health Care Administration in the United States and Canada.“ *The New England Journal of Medicine*, Vol 349, No. 3, 21 August 2003,  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa022033#t=articleDiscussion> (23. apríl 2011).

## Novinové články

- „Attendees at White House Forum on Health Reform.“ *The White House: Office of the Press Secretary, The Washington Post*, March 5 2011,  
<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/03/05/AR2009030502846.html> (4. máj. 2011).
- Blumenthal, Susan J., Rubin, Jessica B., Treseler, Michelle E., Lin Jefferson, and Mattos David. „U.S. Presidential Candidates’ Prescriptions for a Healthier Future: A Side-by-Side Comparison.“ *Huffington Post*, July 8, 2007,  
<http://images.huffingtonpost.com/bluchart1.pdf> (2. máj 2011).
- Borrell, Brendan. „Pros and Cons of a Health Mandate.“ *Los Angeles Times*, February 15 2010, <http://articles.latimes.com/2010/feb/15/news/sns-health-obama-mandate> (23.7.2011).
- Crumley, Bruce, „New Lessons From the Old World.“ *Time*, June 8 2009,  
<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1901483-1,00.html> (24. február 2011).
- Davidson, Amy, „Health Care: Getting It Through.“ *The New Yorker*, March 21 2010, <http://www.newyorker.com/online/blogs/closethread/2010/03/health-care-getting-it-through.html#ixzz1EuONHly5> (24. február 2011).
- „Fixing The Mandate.“ *The Economist*, February 2 2011,  
[http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2011/02/health\\_reform\\_repeal](http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2011/02/health_reform_repeal) (14. február 2011).
- „Health Care.“ *The Economist*, June 24 2010,  
<http://www.economist.com/node/16438612> (14. február 2011).
- „Health Care And The Mid-term Elections.“ *The Economist*, October 14 2010,  
<http://www.economist.com/node/17259055> (14. február 2011).
- „Health Care Reform Is An Ongoing Process.“ *The Economist*, January 23 2011,  
[http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2011/01/health-care\\_reform](http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2011/01/health-care_reform) (14. február 2011).
- Klein, Ezra, „Administrative Costs in Health Care: A Primer.“ *The Washington Post*, July 7 2009, [http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2009/07/administrative\\_costs\\_in\\_health.html](http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2009/07/administrative_costs_in_health.html) (23. apríl 2011).

- McGreal, Chris, „Revealed: millions spent by lobby firms fighting Obama health reform.“ *The Guardian*, October 1 2009, <http://www.guardian.co.uk/world/2009/oct/01/lobbyists-millions-obama-healthcare-reform> (19. jún 2011).
- „Overview.“ *The New York Times*, March 24 2011, [http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health\\_insurance\\_and\\_managed\\_care/health\\_care\\_reform/index.html](http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html) (24. marec 2011).
- Pickert, Kate, „Health-Reform Plan Attacked by Insurance Companies.“ *Time*, Oct. 13 2009, <http://www.time.com/time/politics/article/0,8599,1929930,00.html> (6. jún 2011).
- Surowiecki, James, „Health-Care Reform: What Now?“ *The New Yorker*, March 22 2010, <http://www.newyorker.com/online/blogs/jamessurowiecki/2010/03/health-care-reform-what-now.html> (24. február 2011).
- Toner, Robin, „Obama Calls for Wider and Less Costly Health Care Coverage.“ *The New York Times*, May 30, 2007, [http://www.nytimes.com/2007/05/30/us/politics/30obama.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2007/05/30/us/politics/30obama.html?_r=1) (17. apríl 2011).
- Tumulty, Karen, „The Five Big Health-Care Dilemmas.“ *Time*, June 5 2009, <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1902708,00.html> (24. február 2011).
- Waldman, Paul. „The Fretting Over Health Care Reform.“ *The American Prospect*, June 30 2009, [http://prospect.org/cs/articles?article=the\\_fretting\\_over\\_health\\_care\\_reform](http://prospect.org/cs/articles?article=the_fretting_over_health_care_reform) (20. február 2011).

## Internetové zdroje

- Altman, Drew, „Pulling it Together: Separating the Forest from the Trees in the Health Care Reform Debate, February 2008.“ *The Kaiser Family Foundation*, [http://www.kff.org/pullingittogether/022108\\_altman.cfm](http://www.kff.org/pullingittogether/022108_altman.cfm) (27. apríl 2011).
- „America’s Health in Transition: Protecting and Improving Quality (1994).“ *Institute of Medicine*, [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9147&page=3](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=3) a [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9147&page=4](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=4). (2. apríl 2011).
- „American Hospital Association.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, <http://www.opensecrets.org/orgs/summary.php?id=D000000116> (18. jún 2011).
- Anthis, Nick, „Barack Obama: Health Care Is a Right.“ *The Scientific Activist*, October 8th 2008, [http://scienceblogs.com/scientificactivist/2008/10/barack\\_obama\\_healthcare\\_is\\_a\\_r.php](http://scienceblogs.com/scientificactivist/2008/10/barack_obama_healthcare_is_a_r.php) (1. máj 2011).
- „Average Annual Worker and Employer Contributions to Premiums and Total Premiums Per Family Coverage, 1999-2010.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts, <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1545> (28. marec 2011).
- „Barack Obama: Remarks on Health Care at the University of Iowa.“ *The American Presidency Project*, <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=76987#axzz1MRdf5XW1> (15. máj 2011).
- Barack Obama and Joe Biden’s Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable and Accessible Health Covarege for All.” *SCRIBD*,



- <http://www.scribd.com/doc/6385377/Barack-Obamas-Healthcare-Full-Plan> (7. jún 2011).
- Beckel, Michael, „Big Labor Gave Big Support to Health Reform Supporters, Health Interest Lent More Support to Opponents.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 22 2010, <http://www.opensecrets.org/news/2010/03/big-labor-gave-big-support-to-health.html> (19. jún 2011).
  - Beckel, Michael, „Stakeholders in Health Insurance Reform Debate Gave Big to Senators.“ December 24 2009, *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 22 2010, <http://www.opensecrets.org/news/2009/12/stakeholders-in-health-insuran.html> (20. jún 2011).
  - „Distribution of Personal Health Care Expenditures by Source of Payment, 1999 and 2009.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1349> (27. marec 2011).
  - Eaton, Joe; Pell, M. B., „Lobbyists Swarm Capitol to Influence Health Reform.“ February 24, 2010, *Center for Public Integrity*, <http://www.iwatchnews.org/2010/02/24/2725/lobbyists-swarm-capitol-influence-health-reform> (18.6.2011).
  - „Economy, Jobs Trump All Other Policy Priorities in 2009.“ *The Pew Research Center*, January 22 2009, <http://people-press.org/2009/01/22/economy-jobs-trump-all-other-policy-priorities-in-2009/> (4. apríl 2011).
  - „Election 2008 Topics and Trends.“ *The Gallup Poll*, <http://www.gallup.com/poll/17785/Election-2008.aspx#2> (24. apríl 2011).
  - „Employer Health Benefits: 2010 Summary of Findings.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://ehbs.kff.org/pdf/2010/8086.pdf> (23. apríl 2011).
  - „Female Life Expectancy at Birth (Years) 2008.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=99&srt=2> (2. apríl 2011).
  - Galston, William A., „Can a Polarized American Party System Be “Healthy”?“ *The Brookings Institution: Governance Studies*, April 2010, [http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2010/04\\_polarization\\_galston/04\\_polarization\\_galston.pdf](http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2010/04_polarization_galston/04_polarization_galston.pdf) (25. júl 2011).
  - „Glossary of Key Health Reform Terms.“ *Focus on Health Reform: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/upload/7909.pdf> (3. február 2011).
  - „H.R.1: American Reinvestment and Recovery Act of 2009 – U.S. Congress.“ *Open Congress*, <http://www.opencongress.org/bill/111-h1/show> (15. máj 2011).
  - „Health Care Reform: A Retrospective.“ *Audio Tutorial: The Kaiser Family Foundation*, Chart. 4, <http://www.kaiseredu.org/tutorials/retrospective-health-reform/player.html> (27. apríl 2011).
  - „Health Care as a 2008 Election Issue.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/Health-Care-as-a-2008-Election-Issue/Background-Brief.aspx#footnote1> (27. apríl 2011).
  - „Health Care System.“ *The Gallup Poll*, <http://www.gallup.com/poll/4708/Healthcare-System.aspx> (4. apríl 2011).
  - „House Vote on Passage: H.R. 3962 (111th) Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief...“ *GovTrack*,

- <http://www.govtrack.us/congress/vote.xpd?vote=h2009-887&sort=party> (11. máj 2011).
- „Infant Mortality Rate (Total Deaths Per 1,000 Live Births) 2009.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=93&srt=2&ord=1#table> (2. apríl 2011).
  - „Kaiser Health Tracking Poll: Election 2008.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7831.pdf> (24. apríl 2011).
  - Kiersh, Aaron, „Health: Background.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 2010  
<http://www.opensecrets.org/industries/background.php?cycle=2010&ind=H> (18. jún 2011).
  - Kiersh, Aaron, „Pharmaceuticals/Health Products: Background.“ *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*, March 2010  
<http://www.opensecrets.org/industries/background.php?cycle=2010&ind=H04> (18. jún 2011).
  - Kendall, David B.; Kim, Anne, „Bending the Curve: 12 Ways the New Health Care Law Will Tackle Runaway Costs.“ *Third Way*, May 2010,  
<http://www.thirdway.org/subjects/4/publications/223> (26. február 2011).
  - Koulish, Jeremy, „Health Care: How Did We Get Here?“ *Govtrack*, April 9 2010,  
<http://www.govtrackinsider.com/articles/2010-04-09/health-care-review> (9. máj 2011).
  - „Male Life Expectancy at Birth (Years) 2008.“ *U.S. Global Health Policy: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=98&srt=2> (2. apríl 2011).
  - „Medicaid / SCHIP.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/medicaid/index.cfm> (27. apríl 2011).
  - „Medical Malpractice Policy.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/Medical-Malpractice-Policy/Background-Brief.aspx> (3. máj 2011).
  - „Medicare: A Timeline of Key Developments, 1985-89.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/medicare/medicaretimeline.cfm> (5. jún 2011).
  - „Mixed Views on Economic Policies and Health Care Reform Persist, 8. Oct. 2009.“ *The Pew Research Center*, <http://people-press.org/2009/10/08/mixed-views-of-economic-policies-and-health-care-reform-persist/> (10. apríl 2011).
  - „National Health Expenditures and Their Share on Gross Domestic Product, 1960-2009.” *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>  
<http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=202> (27. marec 2011).
  - „National Health Expenditures per Capita, 1960-2009.” *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts. Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group,  
<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> a  
<http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=854> (27. marec 2011).
  - Beckel, Michael, „Number of Special Interests Vying to Influence Health Reform Legislation Swelled As Debate Dragged On.“ March 19 2010, *OpenSecrets: Center for Responsive Politics*,

- <http://www.opensecrets.org/news/2010/03/number-of-special-interest-groups-v.html> (18. jún 2011).
- „Office of Health Reform.“ *WhoRunsGov: Washington Post*, [http://www.whorunsgov.com/Institutions/White\\_House/Offices/OHR](http://www.whorunsgov.com/Institutions/White_House/Offices/OHR) (4. máj 2011).
  - „Percentage of Firms Offering Health Benefits, by Firm Size, 1999-2010.“ *The Kaiser Family Foundation*, Kaiser Fast Facts, <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1515> (28. marec 2011).
  - „Public Opinion on Health Care Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Feb. 2009: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7866.pdf> (10. apríl 2011).
  - „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Nov. 2009: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8020.pdf> (10. apríl 2011).
  - „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Apr. 2010: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8067-F.pdf> (16. apríl 2011).
  - „Public Opinion on Health Issues.“ *Kaiser Health Tracking Poll, Sep. 2010: The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8104-F.pdf> (16. apríl 2011).
  - Saad, Lydia, „No Increase in Public Pressure for Healthcare Reform.“ *Gallup Poll*, <http://www.gallup.com/poll/102931/Increase-Public-Pressure-Healthcare-Reform.aspx> (4. apríl 2011).
  - „Senate Vote on Passage: H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act.“ *GovTrack*, <http://www.govtrack.us/congress/vote.xpd?vote=s2009-396> (16. mája 2011).
  - Shah, Anup, „Health Care Around the World.” *Global Issues*, 9. apríl 2011, <http://www.globalissues.org/article/774/health-care-around-the-world> (22. apríl 2011).
  - Shaw, Donny, „What is the Public Option?“ *Blog OpenCongress*, 20 August 2009, <http://www.opencongress.org/articles/view/1174--What-is-the-Public-Option-> (5. jún 2011).
  - „Summary of Coverage Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm> (24. apríl 2011).
  - „Summary of Key Changes to Medicare in 2010 Health Reform Law.“ *The Kaiser Family Foundation*, s. 1-2, <http://www.kff.org/healthreform/upload/7948-02.pdf> (29. máj 2011).
  - „Summary of New Health Reform Law.“ *The Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf> (25. máj 2011).
  - „The Case Against Obamacare: A Health Care Policy Series for the 112th Congress.“ *The Heritage Foundation*, <http://www.heritage.org/research/projects/the-case-against-obamacare> (20. február 2011).
  - „The Public’s Health Care Agenda for the New President and Congress.” *News Release: the Kaiser Family Foundation*, <http://www.kff.org/kaiserpolls/kaiserpolls011509nr.cfm> (4. apríl 2011).

- „The Uninsured and the Difference Health Insurance Makes.“ *The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured: The Kaiser Family Foundation*, s. 1, <http://www.kff.org/uninsured/upload/1420-12.pdf> (29. marec 2011).
- Tom Daschle.“ *WhoRunsGov: Washington Post*, [http://www.whorungov.com/Profiles/Tom\\_Daschle](http://www.whorungov.com/Profiles/Tom_Daschle) (4. máj 2011).

## 9. Zoznam príloh

Príloha č. 1: Národné výdaje na zdravotníctvo v pomere k HDP, 1960-2009 (graf)

Príloha č. 2: Národné výdaje na zdravotníctvo v prepočte na osobu, 1960-2009 (graf)

Príloha č. 3: Priemerný ročný nárast nominálnych celkových zdravotníckych výdajov a HDP vo vybraných časových obdobiach (graf)

Príloha č. 4: Distribúcia osobných výdajov na zdravotnícku starostlivosť na základe zdrojov platieb, 1999 a 2009 (graf)

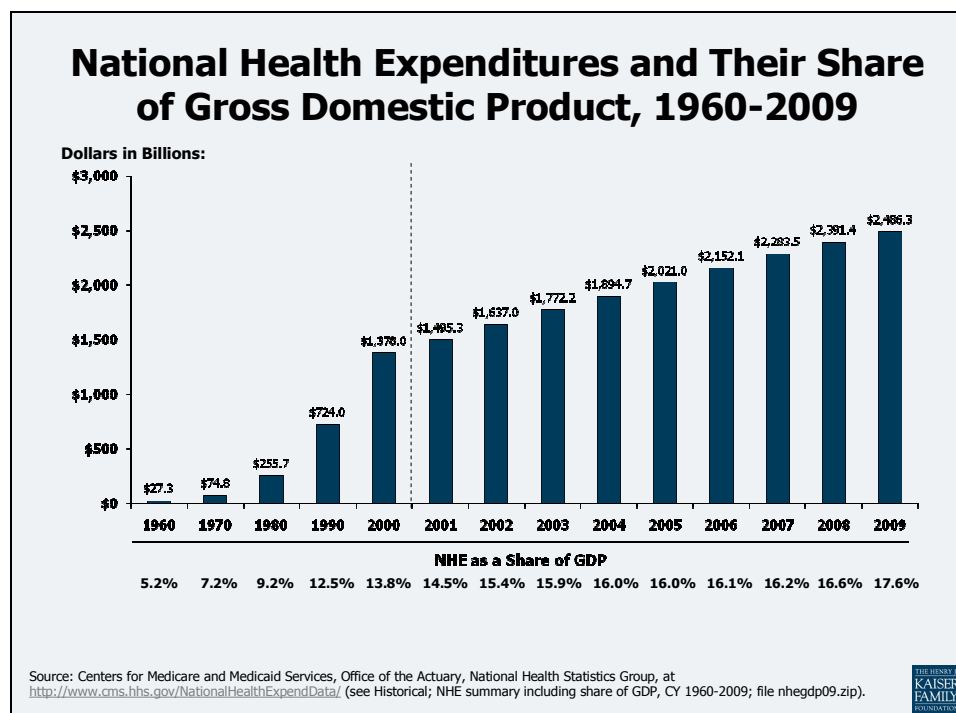
Príloha č. 5: Zdravotné poistenie v USA, 2009 (graf)

Príloha č. 6: Charakteristika ľudí bez zdravotného poistenia, 2009 (graf)

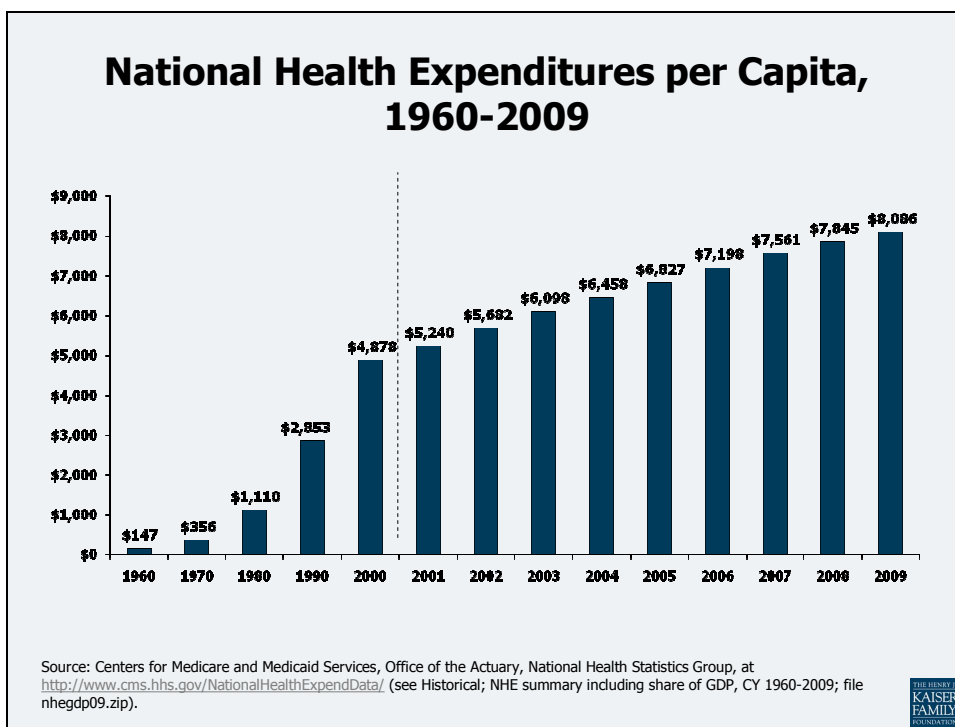
Príloha č. 7: Zdravotné poistenie populácie mladšej než 65 rokov na základe rasy a etnicity, 2008 (graf)

## 10. Prílohy

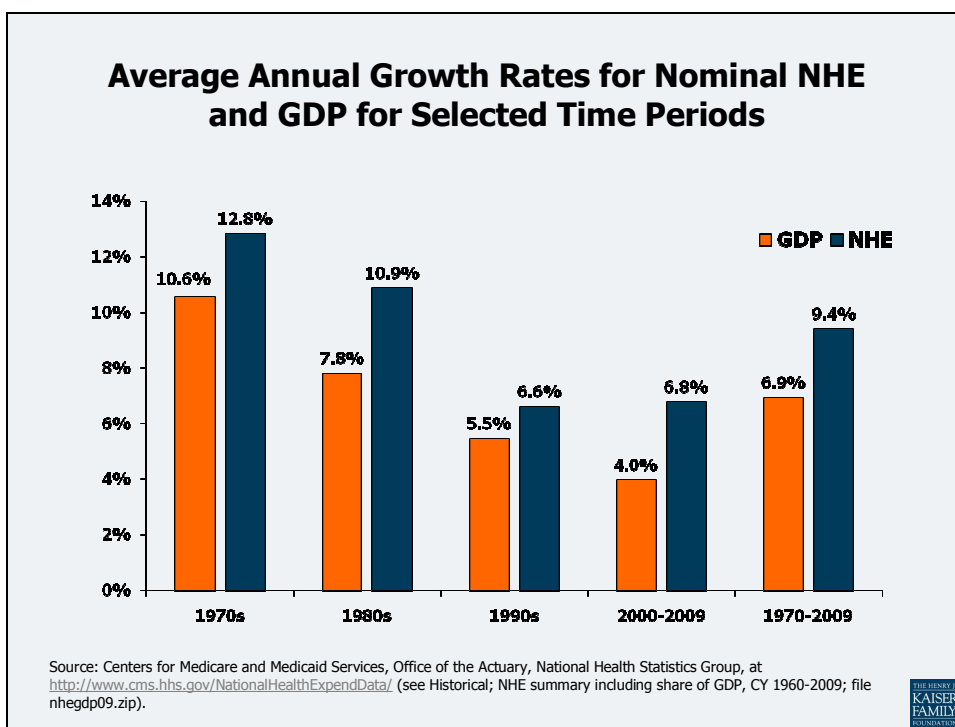
Príloha č. 1: Národné výdaje na zdravotníctvo v pomere k HDP, 1960-2009 (graf)



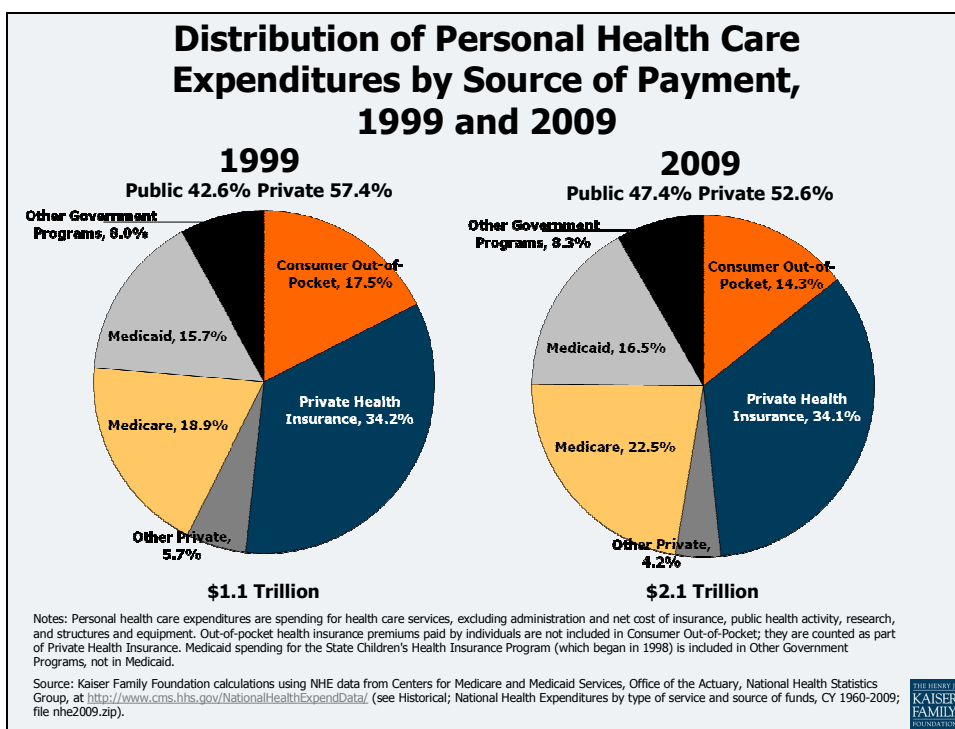
Príloha č. 2: Národné výdaje na zdravotníctvo v prepočte na osobu, 1960-2009  
(graf)



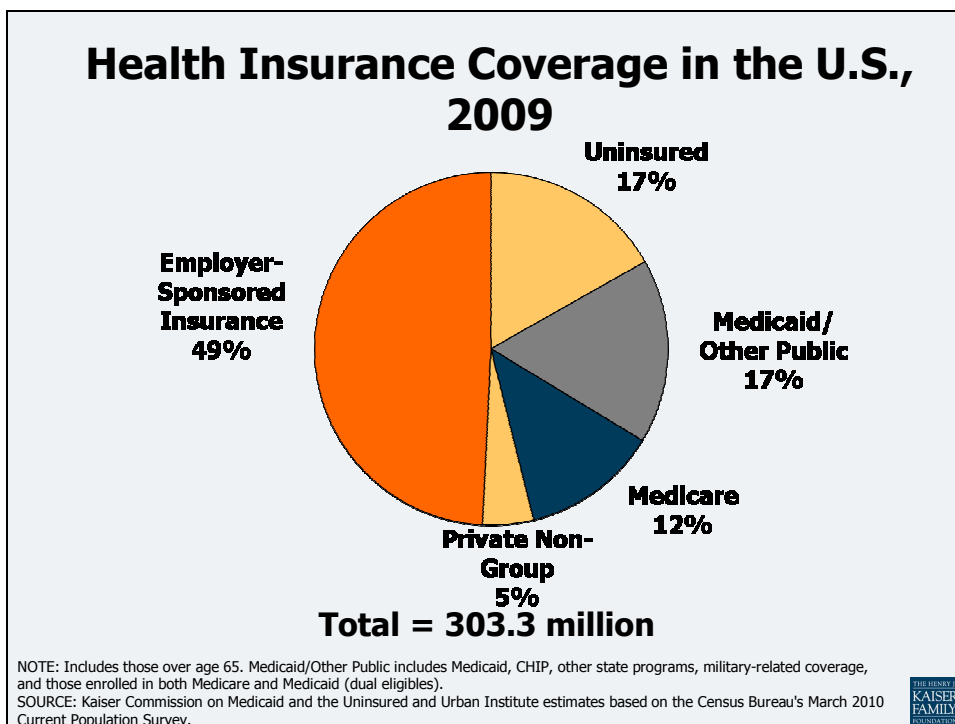
Príloha č. 3: Priemerný ročný nárast nominálnych celkových zdravotníckych výdajov a HDP vo vybraných časových obdobiach (graf)



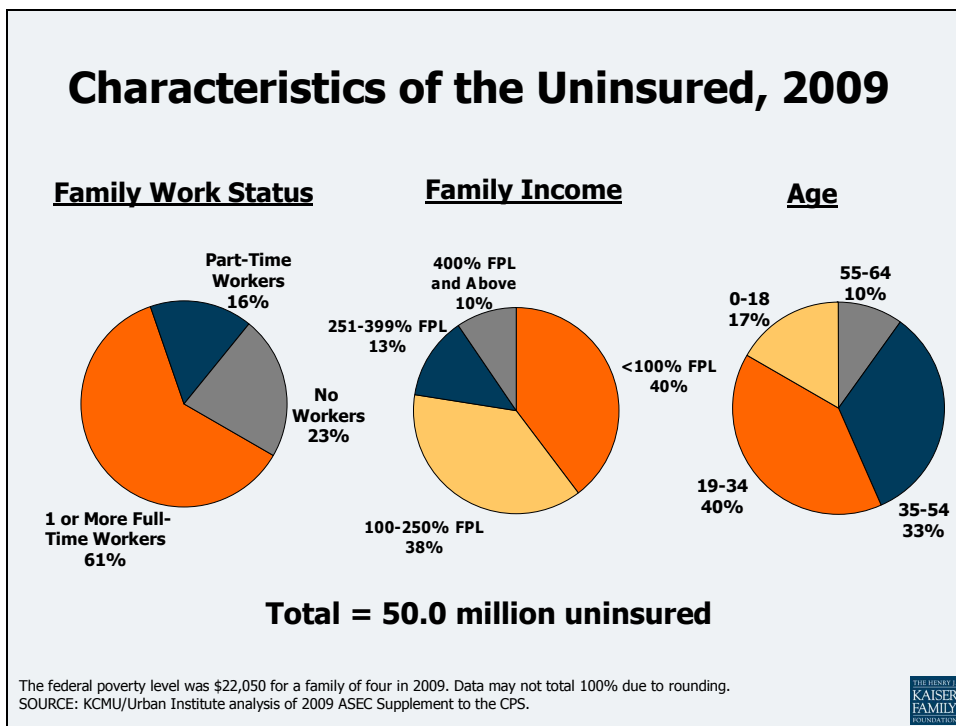
Príloha č. 4: Distribúcia osobných výdavkov na zdravotnícku starostlivosť na základe zdrojov platieb, 1999 a 2009 (graf)



Príloha č. 5: Zdravotné poistenie v USA, 2009 (graf)



Príloha č. 6: Charakteristika ľudí bez zdravotného poistenia, 2009 (graf)



Príloha č. 7: Zdravotné poistenie populácie mladšej než 65 rokov na základe rasy a etnicity, 2008 (graf)

