

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut politologických studií

Katedra politologie

Bakalářská práce

2023

Rozálie Smíšková

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut politologických studií

Katedra politologie

**Přístupy států k implementaci reformy programu
Medicaid po roce 2010 v USA**

Bakalářská práce

Autor práce: Smíšková Rozálie

Studijní program: Politologie

Vedoucí práce: PhDr. Jakub Dopieralla

Rok obhajoby: 2023

Čestné prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 2.5.2023

Rozálie Smíšková

Bibliografický záznam

SMÍŠKOVÁ, Rozálie. *Přístupy států k implementaci reformy programu Medicaid po roce 2010 v USA*. Praha, 2023. 56s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut politologických studií. Katedra politologie. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Jakub Dopieralla.

Rozsah práce: 69 921 znaků

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce PhDr. Jakubovi Dopieralovi za skvělé vedení bakalářské práce, podnětné připomínky, trpělivost a vstřícný přístup k vedení práce. Poděkování patří i mé rodině, která mě podporovala po celou dobu psaní bakalářské práce.

Přístupy států k implementaci reformy programu

Medicaid po roce 2010 v USA

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá pojišťovacím programem Medicaid a přístupy jednotlivých států k reformě programu Medicaid po roce 2010, kdy byl uveden v platnost zákon Affordable Care Act. Tento zákon přinesl významné změny programu Medicaid, včetně rozšíření způsobilosti a příjmového limitu. Nejvyšší soud v roce 2012 vydal rozhodnutí, které státům umožnilo odmítnout rozšíření programu Medicaid podle ACA, a stalo se tak pro státy nepovinným. Práce popisuje stanoviska jednotlivých států vůči rozšířené verzi Medicaid a mapuje, jakým způsobem rozšíření implementovaly. Kategorie přístupů identifikovaných v otázce rozšíření Medicaid a cesty, které státy zvolily, pokud se rozhodly ho implementovat, jsou následně zkoumány a rozděleny do kategorií pomocí policy analysis. Tato metoda zkoumá a hodnotí dostupné možnosti implementace zákonů, které byly užity státy během implementace rozšířené verze Medicaid. Analýza ukázala, že doposud bylo rozšíření programu přijato pomocí pěti různých přístupů: prostřednictvím standardního legislativního procesu, standardního legislativního procesu s výjimkou, exekutivního nařízení, referenda, či odmítnutí. Práce také identifikuje společné rysy přístupů států k rozšíření Medicaid a vzájemné vztahy a možné omezování aktérů činných v legislativním procesu.

Klíčová slova: Medicaid, Affordable Care Act, implementace, pojištění, Nejvyšší soud, legislativní proces, referendum, exekutivní opatření, výjimka, federální vláda, policy analysis

State approaches to implementing Medicaid reform after 2010 in the US

Abstract

The bachelor's thesis examines the Medicaid insurance program and the approaches of individual states to reforming the program after the implementation of the Affordable Care Act in 2010. This law brought significant changes to the Medicaid program, including expanding eligibility and income limits. In 2012, the Supreme Court issued a ruling that allowed states to refuse the Medicaid expansion under the ACA, making it optional for states. The thesis describes the positions of individual states towards the expanded version of Medicaid and maps how they implemented the expansion. Categories of approaches identified in the Medicaid expansion question and the paths that states chose, if they decided to implement it, are subsequently examined, and categorized using policy analysis. This method examines and evaluates available options for implementing laws that were used by states during the implementation of the expanded version of Medicaid. The analysis showed that the program expansion has been adopted through five different approaches: through the standard legislative process, the standard legislative process with an exception, executive action, referendum, or rejection. The thesis also identifies common features of states' approaches to Medicaid expansion and the relationships and possible constraints of actors involved in the legislative process.

Keywords: Medicaid, Affordable Care Act, implementation, insurance, Supreme Court, legislative process, referendum, executive action, exemption, federal government, policy analysis

Obsah

1 Úvod.....	9
2 Cíl práce a metodologie	11
3 Program Medicaid	13
3.1 Vznik programu a jeho rozšíření.....	14
3.1.1 Lyndon B. Johnson a Great Society.....	16
3.1.2 Children's Health Insurance Program	17
3.2 Srovnání programů Medicaid a Medicare.....	18
4 Program Medicaid před přijetím the Affordable Care Act.....	20
5 Reforma programu Medicaid v roce 2010.....	22
6 Zásah nejvyššího soudu v roce 2012.....	26
7 Přístupy států USA k implementaci rozšíření programu Medicaid.....	29
7.1 Standardní legislativní proces	30
7.2 Standardní legislativní proces s výjimkou podle oddílu 1115	31
7.2.1 Soukromá volba	32
7.3 Přijetí exekutivní mocí	33
7.4 Referendum	34
7.4.1 Příklady států	36
7.5 Skupiny prosazující rozšíření Medicaid.....	39
7.6 Státy, které rozšíření Medicaid nepřijaly	40
8 Společné znaky v přístupu států k implementaci.....	43
9 Závěr.....	46
10 Summary.....	48
11 Seznam použitých zdrojů	49
12 Seznam obrázků, tabulek, grafů a zkratk	55
12.1 Seznam obrázků	55
12.2 Seznam tabulek	56
12.3 Seznam použitých zkratk.....	56

1 Úvod

Předmětem bakalářské práce jsou přístupy států USA k implementaci reformy programu Medicaid po roce 2010. V roce 2010 prezident Barack Obama podepsal zákon Affordable Care Act, také známý jako Obamacare. Tento zákon přináší reformu zdravotní péče, jehož hlavním cílem bylo zvýšit přístup k cenově dostupnému zdravotnímu pojištění a zlepšit kvalitu zdravotní péče. Také rozšiřuje pojišťovací program Medicaid, aby zahrnoval více osob. Samotný program Medicaid vznikl již v 60. letech a byl již zavedeným pojišťovacím programem, nicméně ponechával miliony Američanů bez nároku na krytí. Zákon Obamacare rozšiřoval způsobilost pro pokrytí, a to primárně pro osoby s nízkými příjmy, které si nemohou dovolit soukromé pojištění.

Zásadní roli pro rozšíření Medicaid sehrál také Nejvyšší soud. Po podepsání zákona 26 států napadlo ústavnost Affordable Care Act a celou záležitost se začal zabývat Nejvyšší soud. Ten v roce 2012 rozhodl, že státy mají volbu, zda se účastní rozšíření programu Medicaid, či nikoli. Díky tomuto rozhodnutí se některé státy rozhodly nezapojit se do rozšíření programu Medicaid, zatímco jiné státy se rozhodly jej přijmout.

Klíčovým aspektem je, že program Medicaid má v jednotlivých státech různé podoby, a to díky rozhodnutí Nejvyššího soudu z roku 2012, který učinil expanzi Medicaid pro státy dobrovolnou. V práci zkoumám přístupy jednotlivých států k rozšíření pojišťovacího programu Medicaid. Zda se rozhodly vůbec rozšíření účastnit a případně jakým způsobem rozšíření implementovaly. Státy ve většině případů rozšíření přijmou skrze standardní legislativní proces, nicméně existuje také možnost využití jiných přístupů. Mezi tyto alternativní přístupy patří přijetí pomocí exekutivních opatření, či skrze referendum. Některé státy, které se rozhodly implementovat rozšíření systému Medicaid, do svého programu začlenily různé výjimky a úpravy, kterými si program přizpůsobují pro vlastní potřeby.

V práci nejprve popisují samotný vznik programu Medicaid v 60. letech, a jak se od svého vzniku vyvíjel a rozšiřoval. Popisují program před přijetím reformy Affordable Care Act a vyobrazují značné změny v programu, které v roce 2010 přineslo schválení této reformy. Následně uvádím, jak probíhalo rozhodnutí Nejvyššího soudu v roce 2012, které umožnilo státům odstoupit od rozšíření Medicaid, v důsledku čehož se ne všechny státy rozhodly rozšířit své programy. V následujících kapitolách se věnuji možným přístupům k implementaci

rozšíření v jednotlivých státech. Přístupy jsou identifikovány pomocí policy analysis, což je metoda, která zkoumá dostupné možné varianty implementace zákonů. Přístupy států k implementaci jsou na základě analýzy rozděleny do 5 kategorií: přijetí rozšíření skrze standardní legislativní proces, standardní legislativní proces s výjimkou, exekutivní opatření, referendum či nepřijetí rozšíření. V neposlední řadě popisují určité společné znaky v přístupu k implementaci, které jsem u států identifikovala a poté vše shrnuji v závěru.

V práci se snažím vysvětlit a přehledně zaznamenat, jak jednotlivé státy Spojených států amerických přistoupily k rozšíření programu Medicaid, který byl v roce 2010 zaveden jako součást rozsáhlé reformy zdravotní péče – the Affordable Care Act.

2 Cíl práce a metodologie

Cílem práce je popsat a zmapovat přístupy jednotlivých států USA k rozšíření programu Medicaid, který byl v roce 2010 nastolen rozsáhlou reformou zdravotní péče the Affordable Care Act. Tato reforma si kladla za cíl radikálně snížit počet nepojištěných Američanů, a to zejména těch s nízkými příjmy. Rozhodnutí Nejvyššího soudu Spojených států amerických v roce 2012 učinilo rozšíření programu Medicaid nepovinným, v důsledku čehož se některé státy rozhodly Medicaid rozšířit, zatímco jiné nikoli. V práci zkoumám, jaké kategorie přístupů lze identifikovat u států USA v otázce rozšíření programu Medicaid a jaké cesty státy zvolily v případě, že se rozhodly rozšíření zavést. Dále se v práci věnuji faktorům ovlivňujícím rozhodování států o rozšíření Medicaid a zda má na něj přímý vliv politická kontrola daného státu. Přístupy států k implementaci jsou do značné míry jedinečné, nicméně v práci identifikuji i nějaké společné atributy.

Výzkumnou otázkou této práce je, jak a zda bylo rozšíření programu Medicaid přijato. Pro zodpovězení této výzkumné otázky jsou data následně analyzována pomocí policy analysis. Tuto metodou aplikuji na dostupné možnosti implementace zákonů, které byly užitы státy během zavádění rozšířené verze Medicaid. Na základě analýzy způsobu přijetí rozšíření Medicaid jsem vytvořila typologii možných variant, a analýza ukázala, že doposud bylo rozšíření programu přijato pomocí 5 různých přístupů: a) přijetí rozšíření skrze standardní legislativní proces, b) standardní legislativní proces s výjimkou, c) exekutivní opatření, d) referendum nebo e) odmítnutí. Následně přístupy zkoumám a přiřazuji jednotlivé státy USA do kategorií, které jsem na základě analýzy vytvořila. Všem přístupům předchází určité kroky, které vyzdvihují důležitost státních institucí. Institucemi se rozumí zákonodárny sbor, guvernér a občanská iniciativa (podpořena zájmovými skupinami). Jejich pravomoci jsou dány ústavou a v jednotlivých státech se liší, tudíž jejich vzájemné vztahy a možné omezování hrají v procesu implementace důležitou roli.

Metoda policy analysis se obecně zabývá zkoumáním a hodnocením dostupných možných variant implementace zákonů a variant politiky převážně z oblasti ekonomiky, sociálních nebo jiných veřejných problémů. Primárně se soustředí na ty politické možnosti, které mohou nabízet nová řešení. Následně zkoumá jejich vývoj a dopady a současně posuzuje náklady a přínosy těchto politik. Zkoumá také kontext dostupných politických možností, včetně prostředí a historického kontextu a analyzuje, jak byla v minulosti řešena konkrétní politická problémová

situace. Všechny tyto faktory zvažuje při porovnávání a posuzování každé politické varianty. Cílem policy analysis je poskytnout možnost státním úředníkům a dalším subjektům zkoumat, posuzovat a vyhodnocovat různé možnosti řešení různých veřejných problémů, včetně ekonomických, zdravotních a sociálních otázek. Přináší informace založené na důkazech a doporučeních, která mohou pomoci při informovaném rozhodování o politikách a programech. Poskytuje systematický přístup k identifikaci problémů, vývoji řešení politiky a hodnocení dopadů politických zásahů.

Co se týče literatury, mé zdroje zahrnují odborné články, knihy a volně dostupné informace z webových stránek. Velmi často jsou využívány informace z oficiálních webových stránek federální vlády, jako je například Healthinsurance.org, či Medicaid.gov. Tyto stránky se přímo zabývají americkým pojišťovacím systémem a poskytují informace a analýzy týkající se zdravotního pojištění. Medicaid.gov poskytuje informace o tom, kdo se může kvalifikovat pro pojišťovací program Medicaid, jaké služby jsou k dispozici, či jaký je postup přihlášení. Také se zabývá a popisuje případné změny v politikách, administraci a pravidlech programu.

Velmi kvalitní vhled do problematiky poskytuje web Kaiser Family Foundation. Kaiser Family Foundation je americká nezávislá nezisková organizace zaměřená na zdravotní politiku. Provádí vlastní průzkumy a analýzy různých témat v oblasti veřejného zdraví a zkoumá novinky a různé zdravotnické reformy. Aktivně se zabývá problematikou rozšíření programu Medicaid v USA. Poskytuje informace o stavu a vývoji rozšíření v jednotlivých státech a zaměřuje se na srovnávání a analýzu případných rozdílů. Cílem organizace je poskytovat spolehlivé a nezávislé informace politikům, novinářům a široké veřejnosti.

3 Program Medicaid

Medicaid je veřejný zdravotní pojišťovací program ve Spojených státech. V současné době pokrývá přes 80 milionů osob, přibližně každého pátého Američana. Představuje hlavní zdroj zdravotního pojištění pro osoby s nízkými příjmy v zemi. Medicaid poskytuje zdravotní péči oprávněným osobám a rodinám, včetně dětí, těhotných žen, starších osob a osob se zdravotním postižením. V dnešní době je více než třetina všech dětí pokryta programem Medicaid a přibližně polovina všech porodů je hrazena tímto programem. Medicaid hraří širokou škálu zdravotnických služeb, včetně návštěv lékaře, pobytu v nemocnici, léků na předpis, laboratorních vyšetření a dalších druhů zdravotní péče.¹ Program je velmi rozsáhlý a poskytuje 1 dolar z každých 6 dolarů vynaložených na zdravotní péči ve Spojených státech. Navzdory nízkému příjmu mají účastníci programu Medicaid srovnatelnou dostupnost péče jako lidé se soukromým pojištěním.

Program je financován a spravován společně federální vládou a jednotlivými státy a hraje velkou roli ve federálním i státním rozpočtu. Federální vláda určuje jeho široké obrysy, nicméně státy mají velkou volnost při jeho výsledné implementaci, tudíž konkrétní dávky a kritéria na nárok se v jednotlivých státech liší podle priorit a potřeb státu. Federální vláda dorovná výdaje státu na Medicaid, ale míra federální spoluúčasti je v jednotlivých státech jiná. Federální vláda platí státům určité procento výdajů na program, které se nazývá federální procento lékařské pomoci (FMAP). Toto procento se odvíjí podle vzorce stanoveného zákonem, který vychází z příjmu na obyvatele daného státu v porovnání s ostatními státy. Vzorec je nastaven tak, že ve státech s nižší úrovní příjmů pokrývá federální vláda větší část výdajů na program. Za rok 2022 se federální podíl v jednotlivých státech pohyboval od dolní hranice 50 % až po 78 %.² Záruka federálních vyrovnávacích fondů umožňuje státům flexibilně využívat Medicaid k řešení priorit v oblasti zdravotnictví. Poskytuje státům podporu, když mění se ekonomické podmínky nebo jiné faktory zvyšují výdaje a poptávku po pojištění. Federální prostředky se

¹ December 2022 Medicaid & CHIP Enrollment Data Highlights. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/program-information/medicaid-and-chip-enrollment-data/report-highlights/index.html>

² RUDOWITZ, Robin, Elizabeth WILLIAMS, Elizabeth HINTON a Rachel GARFIELD. Medicaid Financing: The Basics. *KFF* [online]. 2021 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-financing-the-basics/>

automaticky přizpůsobují zvýšeným výdajům na zdravotní péči.³ Medicaid je díky společnému federálnímu a státnímu financování zdrojem jak významné části státních výdajů, tak i největším zdrojem příjmů z federálního financování. Často tvoří druhou největší položkou ve státním rozpočtu, hned po základním a středním školství, tudíž snaha o kontrolu nárůstu výdajů na Medicaid silně ovlivňuje politiku státu a projednávání státního rozpočtu.⁴

Nárok na pojištění v rámci Medicaid je mj. určován federální hranicí chudoby (FPL).⁵ FPL je ekonomické měřítko příjmu jednotlivce nebo rodiny, od kterého se odvíjí nárok na určité programy a benefity, jako jsou například slevy na zdravotním pojištění či nárok na Medicaid. Hranice FPL je každoročně zveřejňována americkým ministerstvem zdravotnictví a sociálních služeb (Department of Health and Human Services). Znázorňuje stanovenou minimální výši příjmu, kterou rodina nebo jednotlivec potřebuje k pokrytí nákladů na jídlo, oblečení, dopravu, bydlení a další základní potřeby, přičemž se zohledňuje inflace.⁶

3.1 Vznik programu a jeho rozšíření

Program Medicaid vstoupil v platnost již v roce 1965 a od té doby prošel značným vývojem. Vznikl jako součást zákona o sociálním zabezpečení rodin s dětmi, kteří žijí pod hranicí federální chudoby. K novele zákona jej přidal tehdejší demokratický předseda House Committee on Ways and Means⁷ Wilbur Mills a většina politiků Medicaid považovala za nepodstatný a nedůležitý na rozdíl od programu Medicare, který byl považován za nejdůležitější rozšíření zdravotního pojištění ve dvacátém století. Z počátku byli zákonodárci jednotlivých

³ RUDOWITZ, Robin, Rachel GARFIELD a Elizabeth HINTON. 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

⁴ ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

⁵ Federal poverty line

⁶ HAYES, Adam. Federal Poverty Level (FPL). *Investopedia* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.investopedia.com/terms/f/fpl.asp>

⁷ Tento výbor má na starosti záležitosti týkající se daní a příjmů. Jeho pravomocí je předkládat návrhy zákonů, které se týkají příjmových opatření, cel a sociálního zabezpečení. Má významnou úlohu při utváření daňové a rozpočtové politiky.

států poměrně obezřetní k vytvoření federální dohody, jelikož v rámci programu každý stát dorovnával své vlastní finance do federálních fondů. Nicméně v roce 1969 se k programu připojilo 38 z 50 amerických států. O necelých 10 let později v roce 1977 zbýval pouze jediný stát, který nebyl součástí programu Medicaid. Tímto státem byla Arizona, ale i ta v roce 1982 program přijala, přičemž se vzdala některých federálních požadavků.⁸

Původně program Medicare zahrnoval pouze část A a část B, které jsou dnes označovány jako "původní Medicare" a nárok na pojištění Medicaid měli pouze osoby dostávající peněžitou pomoc. V průběhu let Kongres provedl v obou programech změny týkající se zejména rozšíření na větší skupinu obyvatel. V roce 1977 byl zřízen Úřad pro financování zdravotní péče (HCFA) za účelem správy obou programů. Tento úřad spravuje a dohlíží na největší programy federální vlády v oblasti financování zdravotní péče. V roce 1986 let byla zavedena možnost státního pojištění Medicaid pro těhotné ženy a kojence (do 1 roku věku) až do výše 100 % federální úrovně chudoby (FPL). Významné změny od vzniku programu Medicare byly zahrnuty v zákoně Medicare Catastrophic Coverage Act z roku 1988. V rámci zákona byly zvýšeny dávky pro nemocnice a odborná ošetrovatelská zařízení, hrazeny mamografy a zavedeny příspěvky na ambulantní léky na předpis. Nicméně nově zavedené benefity dané zákonem byly velmi brzy zrušeny poté, co senioři s vyššími příjmy protestovali proti novým příplatkům. Zákon Medicare Catastrophic Coverage Act rovněž stanovil, že v rámci programu Medicaid pokrytí těhotných žen a kojenců do výše 100 % FPL se stalo pro státy povinné. O rok později bylo pokrytí rozšířeno na těhotné ženy a děti do 6 let do výše 133 % FPL. V 90. letech bylo zavedeno postupné pokrytí pro děti ve věku od 6 do 18 let, žijící v domácnosti s příjmem do 100 % FPL a byl vytvořen program slev na léky na předpis.⁹

Od vzniku programu Kongres a státy rozšířily nárok na Medicaid tak, aby se dostal k většímu počtu lidí s nízkými příjmy, kteří by jinak neměli přístup k pojištění, zejména k dětem a těhotným ženám. Státy jsou povinny pokrýt všechny děti a těhotné ženy do výše federálního minimálního příjmu, nicméně postupem času všechny státy rozšířily pokrytí dětí výrazně nad

⁸ COHEN, Alan B., David C. COLBY, Keith A. WAILOO a Julian E. ZELIZER. *MEDICARE AND MEDICAID AT 50*. 1. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-023154-5.

⁹ Medicare & Medicaid MILESTONES 1937-2015. *Department of Health & Human Services* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/Downloads/Medicare-and-Medicaid-Milestones-1937-2015.pdf>

federální požadavky. Program se stal součástí národního politického systému a zdravotnictví. V rámci rozšiřování Medicaidu program přijímalo více států a pojištění bylo rozšířeno i na osoby nacházející se nad hranicí chudoby. Postupně došlo k transformaci programu určeného primárně pro "chudé" na program dosažitelný i pro střední třídu.¹⁰ Rozšíření programu Medicaid vedlo mj. k historickému snížení podílu dětí bez pokrytí a rozšíření pokrytí dětí tímto programem předznamenalo začátek pozdějších změn, které přetvořily program Medicaid na program zdravotního pojištění založený na příjmu.¹¹

3.1.1 Lyndon B. Johnson a Great Society

Značný vliv na vznik a rozšíření programů Medicaid a Medicare měl bývalý americký prezident Lyndon B. Johnson a jeho program Great Society. Great Society byla souborem domácích programů a iniciativ, které prosazoval prezident Lyndon B. Johnson v 60. letech 20. století. Johnsonova vize Velké společnosti spočívala ve vybudování spravedlivější a rovnější společnosti, odstranění chudoby a zlepšení života všech Američanů. V průběhu svého prezidentství zavedl Johnson v rámci Great Society celou řadu iniciativ a programů. Mezi klíčové patřil zákon o občanských právech z roku 1964, který zakazoval diskriminaci na základě rasy, barvy pleti, náboženství, pohlaví nebo národnosti a zákon o volebních právech, který chránil volební práva Afroameričanů a dalších menšin. 30. července 1965 bývalý prezident Johnson podepsal dodatky k zákonu, které vedly k zavedení programů Medicare a Medicaid. Programy byly navrženy tak, aby poskytovaly zdravotní péči těm, kteří si nemohli dovolit zdravotní pojištění. V té době neměla zdravotní pojištění přibližně třetina Američanů a Johnson věřil, že je povinností vlády zajistit, aby měl každý přístup ke kvalitní zdravotní péči. Navzdory svým ambiciózním cílům a široké podpoře čelila Great Society kritice ze strany některých lidí, kteří ji označovali za příliš nákladnou a že vláda překračuje své pravomoci. Popularita Great Society a Johnsona samotného začala klesat po vypuknutí války ve Vietnamu, jelikož byl bývalý prezident nucen přesměrovat finanční prostředky z války proti chudobě na

¹⁰ ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

¹¹ RUDOWITZ, Robin, Rachel GARFIELD a Elizabeth HINTON. 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

válku ve Vietnamu.¹² Vize Medicare a Medicaid se od roku 1965 výrazně rozrostla a vytvořila rozsáhlou síť zdravotního zabezpečení, která alespoň částečně snížila počet nepojištěných osob ve Spojených státech.

3.1.2 Children's Health Insurance Program

Důležitým milníkem se v roce 1997 stalo uzákonění programu zdravotního pojištění dětí (Children's Health Insurance Program – CHIP). Tento program pokrývá děti z rodin s nízkými příjmy, a to jak prostřednictvím programu Medicaid, tak i samostatným programem. CHIP spravují státy podle federálních kritérií, tudíž pravidla nároku na pojištění v rámci CHIP. I samotné služby se v jednotlivých státech liší, ale všechny státy poskytují komplexní pokrytí, které zahrnuje: rutinní prohlídky, očkování, návštěvy lékaře, léky na předpis, zubní a zrakovou péči, ústavní a ambulantní nemocniční péči a laboratorní, rentgenové a pohotovostní vyšetření.¹³

CHIP je financován kombinací federálního a státního financování podle vzorce založeného na federálním podílu zdravotní pomoci (FMAP). Jako pobídka pro státy, aby rozšířily své programy pojištění dětí, vytvořil Kongres zvýšenou federální sazbu pro CHIP, která je obecně asi o 15 procentních bodů vyšší než sazba pro Medicaid. Například pokud má stát 50 % míru podpory pro Medicaid, může získat 65 % míru podpory pro CHIP.¹⁴ CHIP je financován prostřednictvím tzv. blokových grantů. Blokovaný grant je druh federálního grantu, který poskytuje pevně stanovenou částku státním nebo místním samosprávám na konkrétní účel, například na zdravotní péči, vzdělávání nebo sociální služby. Grant je poskytován jako paušální částka, kterou může stát nebo místní samospráva použít podle svého uvážení na řešení určeného problému. Obvykle se uděluje na určité časové období, například na pět nebo deset let, a podléhají pravidelnému hodnocení, aby se zjistila jejich účinnost. Státy jsou povinny přispívat určitým procentem na celkové náklady programu. Podíl federální vlády na financování se pohybuje od 65 % do 85 % v závislosti na výši příjmů státu. Kromě federálního a státního

¹² History.com Editors. Great Society. *HISTORY* [online]. A&E Television Networks, 2017 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.history.com/topics/1960s/great-society>

¹³ Medicaid & CHIP. *HealthCare.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

¹⁴ CHIP Financing. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/chip/financing/index.html>

financování je CHIP financován také prostřednictvím pojistného a spoluúčasti rodin, které jsou do programu zařazeny. Výše pojistného a spoluúčasti účtovaná rodinám je však obecně mnohem nižší než u soukromých pojišťoven. Celkově je struktura financování CHIP navržena tak, aby zajistila přístup oprávněných dětí k cenově dostupné zdravotní péči a zároveň rozdělila náklady na program mezi federální vládu a státy.¹⁵

Program byl v roce 1997 vytvořen s deseti letou platností, tudíž aby mohl pokračovat i po roce 2007, bylo nutné přijmout zákon o jeho opětovném schválení. V roce 2007 jej jako zákon s dvouletou platností opětovně schválil bývalý prezident Goerge W. Bush, tudíž o 2 roky později jej bylo třeba znovu schválit.¹⁶ Bývalý prezident Obama podepsal 4. února 2009 zákon o reautorizaci programu zdravotního pojištění dětí (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009, CHIPRA), který představuje významný milník v oblasti dětského pojištění. Tato legislativa nabídla státům značný objem nových finančních prostředků, různé nové možnosti a pobídky k pokrytí dětí prostřednictvím programů Medicaid a CHIP. Jedním z hlavních cílů zákona bylo podpořit státy při navrhování účinných a efektivních metod pro identifikaci, registraci a udržení zdravotního pojištění nepojištěných dětí, které jsou způsobilé pro Medicaid nebo CHIP, ale nejsou registrovány.¹⁷

3.2 Srovnání programů Medicaid a Medicare

Programy Medicaid a Medicare vznikly společně v 60. letech, ale filozofie i náplň programu se liší. Jsou využívány různými skupinami a jsou provozovány a podporovány odlišnými složkami státní správy. Pravděpodobně největší rozdíl je v dostupnosti programů. Medicare nabízí zdravotní pojištění všem osobám starším 65 let nebo mladším osobám se zdravotním postižením, bez ohledu na jejich příjem. Také je to program financovaný z federálních zdrojů, tudíž bez ohledu na stát, ve kterém osoba žije, bude její pojištění Medicare stejné. Nárok na

¹⁵ FALK, Gene. The Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Block Grant: A Legislative History. *Congressional Research Service* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R44668>

¹⁶ BROOKS, Tricia. CHIP Funding Has Been Extended, What's Next For Children's Health Coverage?. *HealthAffairs* [online]. 2018 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20180130.116879/>

¹⁷ CHIPRA. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/chip/chipra/index.html>

Medicaid se odvíjí od příjmu a poskytuje pojištění osobám či rodinám, kteří se pohybují na nebo pod hranicí chudoby. Program je spravován společně federální vládou a jednotlivými státy. Všechny státní programy Medicaid musí dodržovat obecná pravidla stanovená federální vládou, ale každý stát si program upravuje dle svých potřeb a preferencí. Podmínky na nárok a výše dávek se proto v jednotlivých státech liší.¹⁸ Medicaid nevyžaduje platbu pojistného a v rámci jednoho plánu nabízí komplexnější pojištění. Naproti tomu Medicare je rozdělen do několika kategorií (A, B, C, D), z nichž každá nabízí odlišný typ pojištění. Každý senior má automaticky nárok všechny části a sám si vybírá dle svých potřeb, jaké části si zakoupí. Část A pokrývá pouze péči v nemocnicích. Část B hradí ambulantní péči a návštěvy lékaře. Část C sjednocuje řadu možností pojištění, včetně pobytu v nemocnicích, lékařské péče a léků na předpis. Poslední část D hradí léky na předpis.

Programy Medicaid a Medicare je možné kombinovat a Medicaid program Medicare i v jistých případech podporuje. Pomáhá příjemcům Medicare s nízkými příjmy platit pojistné, či podíl na nákladech a poskytuje služby a podporu, které Medicare ani jiné soukromé pojištění obecně nehradí. Mezi tyto služby patří například ústavní a dlouhodobá péče v pečovatelských domech a domovech důchodců. V důsledku toho Medicaid pokrývá 1 z 5 příjemců Medicare a téměř dvě třetiny všech obyvatel pečovatelských domů.¹⁹ Většina lidí, kteří se do programu Medicare přihlásí, je povinna platit pojistné na část B, která zahrnuje ambulantní služby, a na část D, která zahrnuje léky na předpis. Oproti tomu na Medicaid se neplatí žádné pojistné, ale u některých služeb může být vyžadováno sdílení nákladů ve formě spoluúčasti, čímž se rozumí poplatek, který musí příjemce zaplatit. Výše spoluúčasti se liší podle státu a typu obdržené služby. U některých služeb není možné vyžadovat spoluúčast, a to například u pohotovostní služeb, služeb související s těhotenstvím nebo preventivní prohlídky u dětí. Obecně jsou spoluúčasti na

¹⁸ GUINAN, Stephanie. Medicare vs. Medicaid: The Important Differences to Know. *Valuepenguin* [online]. 2022 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.valuepenguin.com/medicare-vs-medicaid>

¹⁹ DIGITAL COMMUNICATIONS DIVISION. What's the difference between Medicare and Medicaid?. *HHS.gov* [online]. 2022 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html>

Medicaid navrženy tak, aby byly pro příjemce dostupné, a státy jsou povinny stanovit výši spoluúčasti tak, aby neodrazovala lidi od vyhledání potřebné lékařské péče.²⁰

Programy Medicare a Medicaid jsou naprosto zásadní pro americký systém veřejného zdravotního pojištění. Ačkoliv je náročné sladit protichůdné pohledy a priority příjemců, zdravotnických pracovníků, organizací a politiků, kteří mají na těchto iniciativách různé zájmy, tak společně pokrývají více než 100 milionů Američanů.²¹

4 Program Medicaid před přijetím the Affordable Care Act

Před přijetím zákona o dostupné zdravotní péči Affordable Care Act (ACA) v roce 2010 byl nárok na Medicaid založen na potřebě a určitých kategorických požadavcích. Nárok měli těhotné ženy, rodiče nezaopatřených dětí, osoby se zdravotním postižením, osoby starší 65 let a děti, které splňovaly podmínky na základě příjmu rodiny. Státy měly možnost rozšířit pojištění i na osoby s vyššími příjmy, nicméně osoby z výše uvedených kategorií byly povinny pokrýt až do výše federálního minimálního příjmu. Krytí dospělých pod 65 let prostřednictvím programu Medicaid bylo v minulosti výrazně omezené. Skupinou, která byla z pojištění z velké části vyloučena byli bezdětní dospělí s nízkými příjmy v produktivním věku. Většina států omezila pokrytí těchto osob na úroveň hluboko pod úrovní chudoby. Velmi málo pracujících dospělých má přístup k pojištění od zaměstnavatele a možnost soukromého pojištění je pro většinu cenově nedostupná, tudíž neměli žádné možnosti cenově dostupného pojištění.²²

²⁰ Cost Sharing Out of Pocket Costs. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/cost-sharing/cost-sharing-out-pocket-costs/index.html>

²¹ ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

²² ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

Před přijetím zákona ACA se kritéria způsobilosti pro Medicaid značně lišila i v jednotlivých státech a osoby žijící ve srovnatelné situaci se stejným příjmem nárok na Medicaid v nějakých státech měli, zatímco v jiných státech nikoli. Nicméně většina států měla tak přísné požadavky k účasti na programu, že na něj většina osob s nízkým příjmem nedosáhla. Samotná registrace do programu byla značně komplikovaná. Kritéria na nárok se lišila jak u dětí a dospělých, tak i u dětí různého věku, tudíž docházelo k tomu, že děti během dospívání nárok na pokrytí ztratily. Například hranice příjmů v roce 2014 ve státě Mississippi byla pro děti ve věku 0-1 rok 194 % FPL, pro děti ve věku 1-5 let 143 % FPL, pro děti ve věku 6-18 let 133 % FPL, pro těhotné ženy 194 % FPL a pro rodiče 24 % FPL.²³ Důležitým faktem je, jak už bylo zmíněno výše, že dospělí bezdětní lidé bez zdravotního postižení neměli nárok na Medicaid bez ohledu na výši svého příjmu. Kromě toho bylo v mnoha státech omezeno pokrytí některých služeb, jako je například zubní péče, péče o zrak a péče o duševní zdraví. I když program Medicaid pokrýval některé služby v oblasti duševního zdraví, sazby úhrad za tyto služby byly často mnohem nižší než u jiných typů lékařské péče, což vedlo k nedostatku poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví, kteří byli ochotni přijímat pacienty s programem Medicaid.

Významným problémem programu Medicaid před přijetím zákona ACA bylo jeho financování. Medicaid je financován společně federální vládou a státy, přičemž federální vláda poskytuje odpovídající částku za každý dolar, který stát na program vynaloží. Protože se však výše federálního financování odvíjela od částky, kterou jednotlivé státy na Medicaid vynakládaly, státy s nižší úrovní financování obvykle dostávaly nižší federální podporu, což vedlo ke značným rozdílům v množství peněz, které byly pro Medicaid v různých státech k dispozici.²⁴

Celkově lze říci, že před přijetím zákona ACA byl program Medicaid důležitým, ale omezeným programem. Jednou z motivací k reformě mohla být skutečnost, že program ponechával mnoho osob s nízkými příjmy bez přístupu ke zdravotní péči, zejména ve státech s přísnějšími kritérii způsobilosti.

²³ COHEN, Alan B., David C. COLBY, Keith A. WAILOO a Julian E. ZELIZER. *MEDICARE AND MEDICAID AT 50*. 1. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-023154-5.

²⁴ PARADISE, Julia. Medicaid Moving Forward. *KFF* [online]. 2015 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/medicaid-moving-forward/>

5 Reforma programu Medicaid v roce 2010

V roce 2010 prezident Barack Obama přišel s novým poměrně radikálním zdravotním zákonem Affordable Care Act, který podobu programu Medicaid výrazně změnil. Tento zákon měl zdravotní péči více zpřístupnit a kladl si za cíl rozšířit zdravotní pojištění mezi 48 milionů nepojištěných Američanů, kteří si nemohli dovolit soukromé zdravotní pojištění a zároveň neměli nárok na Medicaid nebo Medicare. Nařizoval široké rozšíření programu Medicaid a vyžadoval po jednotlivcích koupi minimálního krytí a možnou penalizaci v případě nezakoupení. To znepokojilo nejen mnoho Amerických občanů, ale také generální prokurátory a guvernéry mnoha států. Odpůrci ACA iniciativu označovali za "vládní převzetí medicíny", nicméně časté obavy se týkaly i budoucnosti programu Medicare. Odpůrci Obamovy iniciativy tvrdili, že dojde k omezení programu a pro příjemce zdravotní péče Medicare tudíž reforma představuje vážnou hrozbu.²⁵

Přijetím zákona o dostupné zdravotní péči začala nová éra Medicaid. Klade si za cíl poskytnout pojištění vyloučeným skupinám a hraje klíčovou roli k zavedení všeobecného pokrytí a snazší dosažitelnosti pojištění. Od roku 2014²⁶ zákon ACA zavádí, aby státy, které přijaly rozšíření programu Medicaid, pokryly téměř všechny osoby mladší 65 let s příjmem ve výši 138 % FPL²⁷ nebo nižším (před zákonem ACA byla hranice příjmu stanovena do 100 % FPL). Za rok 2022 hranice příjmů na nárok na Medicaid činila 18 754 dolarů ročně na jednotlivce a 38 295 dolarů ročně pro čtyřčlennou rodinu.²⁸ Také po státech vyžaduje používání zrychlených procesů, modernizaci registrace k podávání žádostí do programu Medicaid a vytvořit koordinovaný systém způsobilosti, který bude ve všech státech stejný a umožní pokrytí bezdětných

²⁵ COHEN, Alan B., David C. COLBY, Keith A. WAILOO a Julian E. ZELIZER. *MEDICARE AND MEDICAID AT 50*. 1. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-023154-5.

²⁶ Mez roky 2010 a 2014 probíhala přechodová fáze. Každá osoba, která si po 23. březnu 2010 zakoupila zdravotní pojištění, byla povinna přejít na nový plán, který splňoval všechny nové normy zákona ACA. Bylo stanoveno, že tato přechodová fáze musí být dokončena do 1. ledna 2014.

²⁷ Hranice 138 % FPL byla zvolena proto, že představuje rovnováhu mezi rozšířením přístupu ke zdravotní péči pro osoby s nízkými příjmy a zároveň zajišťuje, aby si státy mohly dovolit pokrýt náklady na rozšíření. Tato hranice vychází z poznatku, že jednotlivci a rodiny s příjmy pod touto úrovní budou pravděpodobně čelit značným finančním překážkám v přístupu ke zdravotní péči bez pojištění.

²⁸ GUINAN, Stephanie. Medicare vs. Medicaid: The Important Differences to Know. *Valuepenguin* [online]. 2022 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.valuepenguin.com/medicare-vs-medicaid>

dospělých.²⁹ Medicaid také rozšiřuje možnosti státu poskytovat přístup k léčbě pro osoby, které bojují se závislostí na opiátech. Rozšíření programu, díky zvýšenému federálnímu financování, poskytoval státům dodatečné zdroje k pokrytí péče mnoha dospělých osob se závislostí, které byly dříve z programu vyloučeny. Program Medicaid nyní pokrývá 4 z 10 dospělých osob se závislostí na opiátech.³⁰ Důležité je také zmínit, že Kongres v prvních 3 letech od zavedení v roce 2014 poskytnul federální prostředky na dorovnání nákladů států na rozšíření Medicaid ve výši 100 %. Počínaje rokem 2017, míra vyrovnání postupně klesala až do roku 2020, kdy dosáhla úrovně 90 %. Nyní zůstává na této úrovni natrvalo.³¹

Ačkoli byla ACA součástí již existujících zavedených zdravotních programů a politik, tak zavedla i novinku, kterou je burza zdravotního pojištění (Insurance Exchanges). Burza zdravotního pojištění je online platforma, kde mohou jednotlivci, rodiny a malé podniky porovnávat a nakupovat plány zdravotního pojištění. Burzy nabízejí řadu zdravotních plánů a jsou k dispozici v různých úrovních krytí a nákladů. Všechny pojišťovací plány musí splňovat určité standardy stanovené zákonem ACA a pokrývat deset základních zdravotních výhod.³² Každý stát má jedno oficiální tržiště a burzy zdravotního pojištění provozuje buď vláda jednotlivých států, federální vláda prostřednictvím ministra zdravotnictví a sociálních služeb nebo je provozována společně federální a státní vládou.³³ V současné době existuje 24 plně federálně provozovaných trhů, 18 států si své burzy spravuje samo a 8 států své burzy spravuje

²⁹ RUDOWITZ, Robin, Rachel GARFIELD a Elizabeth HINTON. 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

³⁰ RUDOWITZ, Robin, Rachel GARFIELD a Elizabeth HINTON. 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

³¹ MUSUMECI, MaryBeth. Implementing the ACA's Medicaid-Related Health Reform Provisions After the Supreme Court's Decision. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/implementing-the-acas-medicaid-related-health-reform/>

³² Hospitalizace, ambulantní služby, pohotovostní služby, porodní a novorozenecká péče, léčba duševního zdraví, léky na předpis, laboratorní vyšetření, preventivní péče, dětská zubní a zraková péče a rehabilitační a habilitační služby

³³ Health insurance exchange. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/health-insurance-exchange/>

společně s federální vládou (např. využívají federální platformu při registraci).³⁴ Princip těchto burz spočívá ve sdílení nákladů pojistného mezi jednotlivcem či rodinou a federální vládou. To je jeden z hlavních důvodů, proč lidé pojištění nakupují na burzách. Za pojistné v rámci soukromého zdravotní pojištění by platili plnou cenu, zatímco pojištění v rámci burzy je částečně dotováno federální vládou. Míra těchto dotací se odvíjí od příjmu a počtu osob v domácnosti. Téměř všichni občané USA mohou využívat burzu zdravotního pojištění. Výjimka se týká pouze osob zapsaných v systému Medicare. Nicméně tyto burzy byly navrženy tak, aby poskytovaly pokrytí zejména těm, kteří již díky výši svého příjmu nemají nárok na pojištění Medicaid, ale koupit si soukromé pojištění je pro ně stále příliš nákladné.³⁵

Burzy zdravotního pojištění se staly v roce 2015 předmětem soudního sporu, a to v případě *King v. Burwell*.³⁶ Nejvyšší soud se zabýval otázkou, zda mají jednotlivci ve státech, které se rozhodly nevybudovat vlastní burzy, ale využívat federální, nárok na dotace na zdravotní pojištění. Žalující stranu tvořili čtyři jednotlivci, včetně Davida Kinga, žijící ve Virginii, kde burzu spravovala federální vláda. Tvrdili, že dle ACA jsou dotace pouze pro osoby, které si zakoupily zdravotní pojištění prostřednictvím státních burz, nikoli prostřednictvím federální burzy, tudíž jednotlivci v státech s federálně provozovanými burzami na ně nemají nárok. *Burwell* však tvrdila, že záměrem ACA bylo, aby dotace byly dostupné všem oprávněným osobám neohledně na to, zda bylo pojištění zakoupeno ne federální či státní burze. Nejvyšší soud rozhodl v poměru 6:3 ve prospěch tehdejší ministryně zdravotnictví *Burwell* a potvrdil dostupnost dotací pro osoby, které si zakoupily pojištění prostřednictvím federální burzy. Soud rozhodl, že zákon ACA je třeba vykládat jako celek, a že Kongres měl v úmyslu, aby byly dotace dostupné všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda si zakoupily pojištění prostřednictvím státní nebo federální burzy. Případ *King v. Burwell* byl významný, protože měl potenciál ohrožit ACA a dostupnost cenově dostupného zdravotního pojištění pro miliony Američanů.³⁷

³⁴ NORRIS, Louise. What type of health insurance exchange does my state have?. *Healthinsurance* [online]. 2023 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/faqs/what-type-of-health-insurance-exchange-does-my-state-have/>

³⁵ Health insurance marketplace. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/health-insurance-marketplace/>

³⁶ Sylvie Mathews Burwell – tehdejší ministryně zdravotnictví a sociálních služeb

³⁷ *King v. Burwell*. *Oyez* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.oyez.org/cases/2014/14-114>

Navzdory reformám zůstává pro Medicaid významným problémem přístup k lékařům a specialistům, jelikož poskytovatelé zdravotních služeb mají možnost pacienty s pojištěním Medicaid odmítnout. Přestože přibližně 67 % lékařů tvrdí, že přijímá nové pacienty Medicaid, třetina z nich to odmítá. Celkově je účast lékařů v tomto programu nižší, než v systému Medicare nebo soukromém pojištění. Jedním z důvodů může být skutečnost, že sazby úhrad za pojištění Medicaid jsou obvykle nižší než sazby soukromého pojištění a Medicare. Kromě toho mají programy Medicaid často složitá pravidla a předpisy. Ty mohou lékařům ztěžovat fakturaci, což vede k administrativní zátěži, jelikož poskytovatelé zdravotní péče musí vynaložit čas i finanční prostředky na vyřešení případných zamítnutých nebo sporných nároků.³⁸ Nicméně ve státech, které přijaly rozšíření programu v rámci ACA, došlo k prudkému poklesu podílu nepojištěných dospělých. Zákon o dostupné zdravotní péči měl být rozšířen a implementován na celostátní úrovni, ale rozhodnutí Nejvyššího soudu o tomto zákoně z roku 2012 jej učinilo pro státy dobrovolným.³⁹

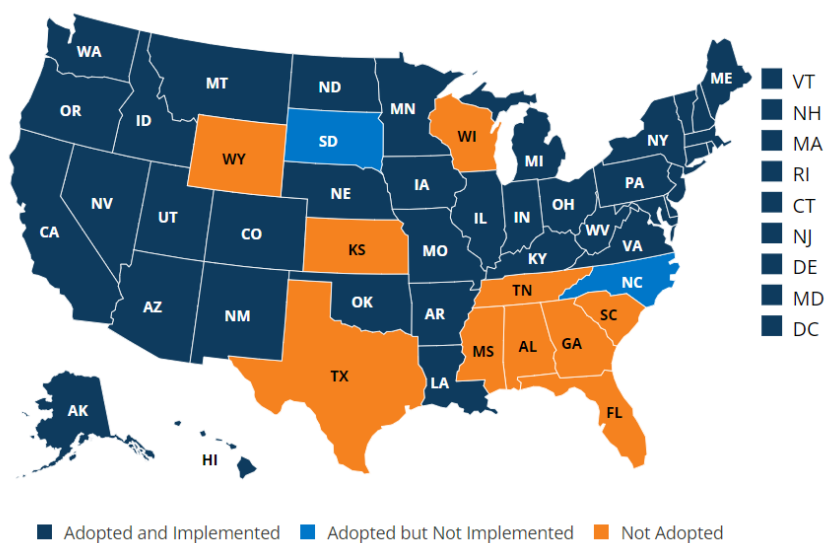
V květnu 2015 přijalo rozšíření 29 států a District of Columbia, 3 státy o něm uvažovaly a 18 států se rozhodlo rozšíření programu nepřijmout. K únoru 2019 přijalo rozšíření Medicaid 37 států. Aktuálně 41 států (včetně District of Columbia) přijalo rozšíření Medicaid a 10 států toto rozšíření nepřijalo. (obrázek č. 1)

³⁸ SCOTT, Dylan. Medicaid is a hassle for doctors. That's hurting patients. *Vox* [online]. 2021 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.vox.com/2021/6/7/22522479/medicaid-health-insurance-doctors-billing-research>

³⁹ ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

Obrázek č. 1. Rozhodnutí jednotlivých států USA o rozšíření Medicaid

Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision



Převzato z: Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. *KFF* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>

6 Zásah nejvyššího soudu v roce 2012

23. března 2010, v den přijetí zákona o dostupné zdravotní péči podal stát Florida u federálního okresního soudu žalobu, v níž napadl ústavnost tzv. individuálního mandátu⁴⁰ a rozšíření programu Medicaid, které jsou součástí zákona ACA.⁴¹ K žalobě se připojilo dalších 25 států,⁴² které požadovaly zákon zrušit jako celek, nebo alespoň zrušit některé jeho části. Pravděpodobně největší obavy vyvolala možnost federální vlády odeprít státu veškeré federální financování na program Medicaid v případě nezavedení rozšíření. Státy argumentovaly tím, že díky této podmínce v podstatě nemají jinou možnost, než ACA přijmout. Kladné postoje k ACA zaujaly

⁴⁰ Individuální mandát ukládá povinnost koupě minimálního nezbytného pojistného krytí, a v případě nezakoupení je osoba povinna zaplatit daňovou pokutu

⁴¹ Individual mandate. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/individual-mandate/>

⁴² Alabama, Aljaška, Arizona, Colorado, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Maine, Michigan, Mississippi, Nebraska, Nevada, Severní Dakota, Ohio, Pensylvánie, Jižní Karolína, Jižní Dakota, Texas, Utah, Washington, Wisconsin a Wyoming

státy District of Columbia, Kalifornie, Connecticut, Delaware, Havaj, Illinois, Iowa, Maryland, Massachusetts, Nové Mexiko, New York, Oregon, Vermont a Washington⁴³, kde byla ACA přijata.⁴⁴ Napadením ACA vyvolalo obavy, zda jsou pravomoci federální vlády a států správně vyváženy.

V roce 2012 započal případ Nejvyššího soud pod jménem *NFIB v. Sebelius*, který se zabýval ústavností zákona ACA. Hlavní otázkou v tomto případě bylo, zda je v souladu s ústavou individuální mandát, který většině Američanů ukládal povinnost uzavřít zdravotní pojištění nebo zaplatit pokutu. Žalobci tvrdili, že individuální mandát není platným výkonem obchodních nebo daňových pravomocí Kongresu, a je proto protiústavní. Rovněž tvrdili, že rozšíření programu Medicaid v rámci ACA bylo vůči státům donucovací.

28. června 2012 Nejvyšší soud označil povinnost rozšíření programu Medicaid za protiústavní. Federální vláda má ústavou dané pravomoci, které jsou nadřazené, ale všechny pravomoci, které nejsou v ústavě výslovně uvedeny jako federální, náleží státu. Jak již bylo zmíněno výše, součástí ACA byla také pravomoc Kongresu v případě odmítnutí rozšíření, odepřít státu celé federální financování Medicaid. Za legitimní využití pravomocí byl ACA označen pouze 2 členy Nejvyššího soudu, a to soudkyně Sotomayorovou a Ginsburgovou. Tvrdily, že státy byly informovány o změně přibližně 4 roky předem a právo program Medicaid měnit si federální vláda vyhrazuje již od založení programu v roce 1965. Soud v čele s předsedou Johnem Robertsem a dalšími 5 soudci Nejvyššího soudu označil tuto podmínku pro poskytnutí dotace státům za protiústavně donucovací a většinou rozhodl omezit možnost federální vlády odepřít federální financování Medicaid, v případě rozhodnutí státu rozšíření odmítnout. Federální vláda má právo pouze na zadržení prostředků určených na ACA, nikoliv na celý program Medicaid. Soud zdůraznil, že když se jedná o přijímání nabídek federálního financování, které jsou spojeny s omezeními, je nutné dát státům "skutečnou možnost volby". Podmínka odepření veškerého financování Medicaid nedává státům v podstatě jinou možnost, než s rozšířením

⁴³ States' Positions in the Affordable Care Act Case at the Supreme Court. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-positions-on-aca-case/?activeTab=map&Timeframe=0&selectedDistributions=state-positions-on-aca-case&sortModel=%7B%22collId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

⁴⁴ Státy Iowa and Washington zaujaly nejednoznačné postoje kvůli protichůdným postojům svých guvernérů a generálních prokurátorů.

souhlasit, protože financování tohoto programu tvoří značnou část (zhruba 10 %) celkového státního rozpočtu.⁴⁵

Ohledně otázky ústavnosti individuálního mandátu Nejvyšší soud potvrdil individuální mandát jako platný výkon daňové pravomoci Kongresu podle ústavy. Předseda Nejvyššího soudu Roberts společně se soudci Ginsburgovou, Breyerem, Sotomayorovou a Kaganovou rozhodl, že individuální mandát nelze ospravedlnit na základě obchodní doložky, ale lze jej potvrdit jako daň na základě pravomoci Kongresu ukládat a vybírat daň. Soud zdůvodnil, že pokutu za nezískání zdravotního pojištění lze považovat za daň pro ty, kteří se rozhodnou pro nepojištění. Nejvyšší soud tedy v poměru 5:4 rozhodl, že tato daň je v pravomoci Kongresu.⁴⁶

Nejvyšší soud se zabýval i možností celý zákon prohlásit za neplatný, ale tento krok neprošel hlasovací většinou. Pokud se všichni soudci shodnou, je vydáno pouze jedno jednomyslné stanovisko. Pokud se soudci neshodnou na tom, jaký by měl být výsledek případu, jak tomu bylo i v tomto případě, budou vydána dvě nebo více rozhodnutí, a to většinové rozhodnutí společně s nesouhlasným, či souhlasným rozhodnutím. To, na čem se většina soudců soudu usnese, se stává většinovým rozhodnutím. Například pokud se na věci shodne pět soudců, jejich rozhodnutí se stává většinovým rozhodnutím. Souhlasné rozhodnutí znamená, že soudce souhlasí s konečným závěrem, ke kterému dospěla většina soudu, ale nesouhlasí s jejich odůvodněním. Naproti tomu nesouhlasné rozhodnutí vzniká, když soudce nesouhlasí s většinovým rozhodnutím soudu nebo s jeho právní argumentací.⁴⁷ Zavedení rozšíření programu Rozšíření Medicaid se stalo po zásahu Nejvyššího soudu pro státy v podstatě dobrovolné a mohou pokračovat ve svých programech Medicaid tak, jak jsou nyní, a stále budou dostávat současnou úroveň financování. Rozhodnutí soudu o ACA zachovává rozšíření Medicaid, ale penalizace v podobě odebrání veškerých federálních prostředků na program Medicaid

⁴⁵ MUSUMECI, MaryBeth. A Guide to the Supreme Court's Decision on the ACA's Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/a-guide-to-the-supreme-courts-decision/>

⁴⁶ National Federation of Independent Business v. Sebelius. *Oyez* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.oyez.org/cases/2011/11-393>

⁴⁷ ADMINISTRATIVE OFFICE OF THE U.S. COURTS. Grove City College v. Bell – Glossary. *United States Courts* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.uscourts.gov/educational-resources/educational-activities/grove-city-college-v-bell-glossary>

v případě nezavedení byla Nejvyšším soudem zrušena. Rozhodnutí soudu nemá vliv na jiná ustanovení zákona ACA.⁴⁸

7 Přístupy států USA k implementaci rozšíření programu

Medicaid

Předpisy týkající se změn politiky Medicaid se různí. Metody a strategie užívané k realizaci rozšíření Medicaid jsou v každém státě jedinečné. Některé státy umožňují, aby změny byly povoleny prostřednictvím nařízení agentur pod vedením guvernéra, zatímco jiné vyžadují k provedení změn schválení státním zákonodárným sborem nebo schválení prostřednictvím volební iniciativy (pokud je povolena). Ačkoli některé státy umožňují voličům schvalovat změny programu Medicaid prostřednictvím volebních iniciativ, rozsah, v jakém mohou zákonodárci ovlivnit konečné změny, se může lišit v závislosti na zákonech daného státu, včetně možnosti zákonodárců měnit nebo odvolávat občanské iniciativy po jejich přijetí. Řada států implementovala program společně s různými výjimkami podle oddílu 1115, který poskytuje státům dodatečnou flexibilitu při vytváření a zlepšování jejich programů. Článek 1115 zákona o sociálním zabezpečení umožňuje ministroví zdravotnictví a sociálních služeb schvalovat experimentální projekty, které státy mohou navrhnout, aby vyzkoušely nové přístupy k poskytování zdravotní péče v rámci Medicaid.

V následujících kapitolách zkoumám, jakou variantu státy zvolily na způsob přijetí rozšíření systému Medicaid. Každý stát má svůj vlastní program a jinak nastavenou ústavu, a proto se mohou přístupy států k implementaci rozšíření programu lišit. Pravomoci vládních institucí, vztahy mezi nimi a jejich vzájemné omezování se v jednotlivých státech liší a všechny tyto faktory se do způsobu implementace promítají. Nicméně lze rozlišit několik přístupů, které jsem si definovala na základě způsobu rozšíření implementace, kterým se stát rozhodl rozšířenou verzi Medicaid zavést. Doposud státy přijaly rozšíření Medicaid pomocí pěti přístupů, které následně zkoumám: přijetí skrze standardní legislativní proces, přijetí standardním legislativním procesem s výjimkou podle oddílu 1115 pro úpravu tradičního programu

⁴⁸ COHEN, Alan B., David C. COLBY, Keith A. WAILOO a Julian E. ZELIZER. *MEDICARE AND MEDICAID AT 50*. 1. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-023154-5.

rozšíření, přijetí výkonnou mocí, přijetí prostřednictvím volební iniciativy a odmítnutí rozšíření.⁴⁹

7.1 Standardní legislativní proces

Přijetí rozšíření Medicaid prostřednictvím standardního legislativního procesu začíná schválením legislativy, která povoluje přijetí zákona o rozšíření, a to buď v samostatném zákoně, nebo jako součást rozpočtové legislativy. Rozšíření je provedeno na základě pravomoci State Plan Amendments (SPA).⁵⁰ SPA lze použít k provedení různých změn státního plánu Medicaid, jako je např. přidání nebo odebrání služeb, změna kritérií způsobilosti nebo změna administrativní struktury programu. Státní plány Medicaid musí být v souladu s federálními předpisy a pokyny, a veškeré změny plánu musí být schváleny CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services).⁵¹

Přijetí rozšíření Medicaid skrze legislativní proces je nejčastější forma, kterou státy k rozšíření užívají. Aktuálně tak učinilo 19 států (viz. tabulka č. 1.). Řádná legislativní zasedání vedoucí ke schválení rozšíření Medicaid proběhla například ve státech Minnesota a Maryland. V těchto dvou státech k tomu došlo již v roce 2013. Ve stejném roce státy New York a Nové Mexiko zahrnují rozšíření Medicaid jako součást rozpočtových zákonů.⁵² Zákonodárny sbor rozpočet s rozšířením Medicaid schválil i ve státě Arizona. Nicméně na rozdíl od předchozích případů, kdy se představitelé výkonné a zákonodárné na přijetí shodli, guvernérka a zákonodárci v Arizoně nesdíleli na rozšíření stejný pohled.⁵³ Bývalá guvernérka Brewerová podporovala

⁴⁹ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

⁵⁰ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

⁵¹ Medicaid State Plan Amendments. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/medicaid-state-plan-amendments/index.html>

⁵² Rozpočtové zákony jsou v nějakých případech snadněji přijatelné, jelikož vyžadují méně kroků ke schválení, než samostatný zákon

⁵³ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

rozšíření, zatímco mnozí zákonodárci měli z počátku námitky. Rozšíření mělo silnou podporu veřejnosti a nakonec získalo 52 z 90 hlasů arizonského zákonodárského sboru, v důsledku čehož se Arizona stala jedním z prvních států s republikánským gubernérem, který podpořil rozšíření.⁵⁴

Skrze legislativní proces přijala rozšíření i Severní Karolína v březnu 2023, která se tím stala nejnovějším státem s rozšířeným programem Medicaid. Implementace rozšíření zatím nemá konkrétní datum, ale je podmíněna schválením rozpočtu na fiskální roky 2023-2025. Předběžně by rozšíření mělo vstoupit v platnost v červnu 2023.⁵⁵

7.2 Standardní legislativní proces s výjimkou podle oddílu 1115

Státy získaly díky rozhodnutí nejvyššího soudu poměrně velkou svobodu ve výsledné realizaci rozšíření programu Medicaid. Některé státy rozšíření přijaly v plném rozsahu, jiné se rozhodly od něj ustoupit, nicméně řada států zavedla různé přístupy rozšíření systému Medicaid prostřednictvím různých výjimek a úprav schválených federální vládou,⁵⁶ které program doplňují (viz. tabulka č. 1). Cílem států je si program upravit vlastními podmínkami a požadavky.⁵⁷ Výjimky na rozšíření Medicaid jsou v každém státě jedinečné, nicméně

⁵⁴ LOPEZ BAUMAN, Naomi, Angela C. ERICKSON a Christina SANDEFUR. *The Arizona Medicaid Expansion Experience* [online]. GOLDWATER INSTITUTE, 2017 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: https://www.goldwaterinstitute.org/wp-content/uploads/2018/08/ArizonaMedicaidExperience_FINAL.pdf

⁵⁵ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in North Carolina. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/north-carolina/>

⁵⁶ Příklady výjimek: Premium assistance model – tento model zahrnuje povinný zápis do soukromého pojištění prostřednictvím plánů Marketplace. Healthy behaviour incentives – snaha snížit nebo eliminovat výdaje příjemců. Jednotlivcům, kteří dodržují stanovené zásady "zdravého chování" je odpuštěno nebo sníženo pojistné a podíl na nákladech. Waivers of benefits – neakutní lékařské přepravy není hrazena pojištěním Medicaid, ačkoliv je jinak povinnou dávkou Medicaid. Cost – sharing waivers – souhlas s uložení podílu na nákladech ve vyšší výši, než jakou povoluje federální vláda v rámci Medicaid. Dostupné z: RUDOWITZ, Robin a MaryBeth MUSUMECI. *The ACA and Medicaid Expansion Waivers*. *KFF* [online]. 2015 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/the-aca-and-medicaid-expansion-waivers-issue-brief/>

⁵⁷ ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

můžeme zde nalézt společné prvky, jako je například podíl na nákladech, či nehrazení neakutní lékařské přepravy. Řada výjimek navrhovaných státy nebyla CMS schválena. Například výjimka, která by zahrnovala požadavek na práci jako podmínku způsobilosti pro Medicaid.

Některým státům byla schválena výjimka k zavedení rozšíření způsobem, který přesahuje flexibilitu stanovenou zákonem. Ačkoli schválení výjimky vyžaduje další kroky, tak legislativní proces zůstává téměř stejný. Státy v několika případech zavedly rozšíření prostřednictvím tzv. dvoufázového procesu. V první fázi zavedly tradiční rozšíření Medicaid a následně samostatně požádaly o schválení výjimky ve svém programu, která bude zavedena později. Dvoufázový proces umožňuje státům rychle implementovat rozšíření, zatímco získají více času na plánování a celkovou přípravu pro zavedení požadované výjimky podle oddílu 1115.⁵⁸

Takový přístup k implementaci Medicaid zvolil například stát New Hampshire. New Hampshire implementoval rozšíření již v roce 2014, ale státu byla CMS schválena výjimka povolující rozšíření způsobem, který se lišil od standardního přístupu povoleného federální vládou. V roce 2016 schválila Obamova administrativa výjimku, která zaváděla privátní řešení rozšíření. Pojištění většiny účastníků bylo převedeno na dotované soukromé pojištění zvané Premium Assistance Program. Před zavedením výjimky fungoval program Medicaid stejně jako u ostatních států, které rozšíření zavedly. Program PAP využívá finanční prostředky ze systému Medicaid na pokrytí nákladů na zdravotní pojištění účastníků, kteří splňují podmínky pro Medicaid.⁵⁹ Mnoho států včetně těch, které rozšířily program Medicaid bez zvláštních výjimek, se snaží získat povolení k provádění změn ovlivňující osoby v rámci rozšíření.

7.2.1 Soukromá volba

Mezi výjimku patří například možnost tzv. "soukromé volby", která byla v roce 2013 udělena státu Arkansas. Arkansas se tak stal prvním státem, který získal od federální vlády souhlas s výjimkou. Soukromá volba umožňuje osobám, které mají nárok na Medicaid, využít prostředky

⁵⁸ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

⁵⁹ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in New Hampshire. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/new-hampshire/>

Medicaid k nákupu soukromého zdravotního pojištění namísto účasti v tradičním programu. V rámci programu soukromé volby stát uzavírá smlouvy se soukromými pojišťovnami, aby poskytly pojištění příjemcům Medicaid, kteří za soukromé pojištění platí malé nebo žádné pojistné. Podmínkou je, že soukromé pojistné plány musí splňovat určité standardy stanovené státem a federální vládou a musí pokrývat stejné služby jako Medicaid. Cílem této varianty je nabídnout příjemcům větší výběr a kontrolu nad jejich zdravotní péčí tím, že jim umožní přístup k péči prostřednictvím soukromých poskytovatelů pojištění, které nemusí být v rámci Medicaid hrazeny. Také větší počet poskytovatelů zdravotních služeb může být ochotno přijmout soukromé pojištění, než "hůře placené" pojištění Medicaid. Někteří zastánci soukromé varianty tvrdí, že může zlepšit kvalitu péče a snížit náklady tím, že podpoří konkurenci mezi soukromými pojišťovnami. Pomocí soukromé volby se státu Arkansas podařilo během necelých dvou let pokrýt přes 200 000 příjemců Medicaid pomocí soukromých poskytovatelů, přičemž mezi lety 2013 a 2014 se míra nepojištěných dospělých osob v Arkansasu snížila z 27,5 % na 15,6 %, což byl druhý nejvyšší pokles o procentní body v zemi. Společně se snížením míry nepojištěných se také snížily náklady na nekompenzovanou péči a významnou roli při realizaci tohoto poklesu hrála právě soukromá volba. Soukromá volba má své podporovatele i odpůrce a její budoucnost zůstává předmětem rozsáhlých politických diskusí.⁶⁰ Odpůrci soukromé volby tvrdí, že přijetí soukromé volby má za následek vyšší poplatky a spoluúčast na platbách, což by mohlo vytvořit překážky k přístupu k péči pro osoby s nižšími příjmy.⁶¹

7.3 Přijetí exekutivní mocí

Guvernéři některých států přijali rozšíření prostřednictvím exekutivních opatření, aniž by získali schválení zákonodárního sboru. Rozsah guvernérských pravomocí se v jednotlivých státech liší na základě státních ústav, zákonů a zvyklostí, nicméně guvernéři mají právo prosazovat nové nebo upravené politiky a iniciativy pomocí různých nástrojů, mezi něž patří exekutivní rozpočty, legislativní návrhy, veta a exekutivní příkazy. Exekutivní příkazy jsou obvykle založeny na pravomoci dané guvernérovi ústavou nebo konkrétním zákonem a

⁶⁰ GUYER, Jocelyn, Naomi SHINE, MaryBeth MUSUMECI a Robin RUDOWITZ. A Look at the Private Option in Arkansas. *KFF* [online]. 2015 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/a-look-at-the-private-option-in-arkansas/>

⁶¹ SOMMERS, Benjamin D., Robert J. BLENDON a E. John ORAV. Both The 'Private Option' And Traditional Medicaid Expansions Improved Access To Care For Low-Income Adults. *HealthAffairs* [online]. 2016, 35(1), 96-105 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/suppl/10.1377/hlthaff.2015.0917>

nevyžadují schválení zákonodárným sborem. Právě tímto způsobem se několik guvernérů rozhodlo prosadit rozšíření Medicaid ve svém státě. Příkazy lze napadnout v soudním řízení a zrušit, pokud jsou shledány neústavními.⁶² V některých státech jako například Texas, Tennessee nebo Georgie byly přijaty zákony, které brání rozšíření programu Medicaid bez souhlasu legislativy. Zákonodárci se snažili zajistit, aby byl legislativní souhlas vyžadován před přijetím změn v programu Medicaid, a celkově omezit pravomoci výkonné složky v této oblasti.

V současné době 6 států rozšířilo Medicaid prostřednictvím exekutivy (viz. tabulka č. 1). Mezi prvními státy, které již v roce 2013 přijaly rozšíření Medicaid takovou formou byly Kentucky a Západní Virginie. V roce 2015 stejnou cestu zvolil i bývalý Aljašský guvernér Walker poté, co aljašský zákonodárný sbor odmítl jeho snahu o rozšíření programu v rámci státního rozpočtového procesu. Díky exekutivní moci rozšířené pokrytí na Aljašce vstoupilo v platnost již v září 2015.⁶³ Některá rozšíření provedena prostřednictvím exekutivy, včetně toho na Aljašce, čelila žalobám. Aljašští zákonodárci, podali žalobu na bývalého guvernéra za jeho rozšíření prostřednictvím výkonné moci, ale Aljašský Nejvyšší soud zamítl žádost o odložení termínu implementace k září 2015. V březnu 2016 Nejvyšší soud žalobu celkově zamítl a zákonodárci nakonec stáhli své odvolání.⁶⁴ Mezi státy, které akceptovaly Medicaid skrze exekutivu patří také Pensylvánie, Ohio a Louisiana, kde demokratický guvernér John Bel Edwards vydal exekutivní příkaz hned druhý den po svém nástupu do úřadu.

7.4 Referendum

V rámci referenda rozhoduje široká veřejnost o významných legislativních nebo politických otázkách, místo aby věc přenechala zastupitelskému sboru nebo jinému zákonodárnému orgánu. Obyvatelstvo má pravomoc buď schválit, nebo zamítnout opatření přijaté zákonodárným sborem prostřednictvím lidového hlasování. Pokud to stát povoluje, může

⁶² POWERS AND AUTHORITY. *National Governors Association* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.nga.org/governors/powers-and-authority/>

⁶³ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

⁶⁴ HANLON, Tegan. Legislative Council drops Medicaid lawsuit against Gov. Walker. *ANCHORAGE DAILY NEWS* [online]. 2016 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.adn.com/politics/2016/06/29/legislative-council-drops-medicaid-lawsuit-against-gov-walker/>

referendum fungovat jako zákonodárná iniciativa umožňující občanům navrhnout nový zákon nebo ústavní dodatek, který zákonodárny sbor předtím neodhlasoval.⁶⁵ Přesný průběh referenda se liší v závislosti na státě a konkrétní otázce, o které se hlasuje. Nicméně proces konání referenda obvykle začíná sběrem podpisů občanů daného státu, přičemž počet potřebných podpisů se také liší v závislosti na státě a otázce, o které se hlasuje. Jakmile je shromážděn dostatečný počet podpisů, je otázka zařazena na hlasovací lístek pro příští volby.⁶⁶ Referenda jsou užitečná převážně ve státech, kde určité politiky nemají šanci projít stranickými zákonodárnými sbory, i když je podporuje většina voličů. Tudíž referenda se stala významným způsobem, jak rozšířit Medicaid ve státech, kde jsou guvernéri nebo státní zákonodárci proti. Voliči tak mají možnost podílet se na rozhodování a změnit mezistranický spor mezi volenými úředníky v referendum.⁶⁷ Od roku 2017 bylo rozšíření Medicaid úspěšně schváleno prostřednictvím referend v sedmi státech (viz. tabulka č. 1). Je důležité zmínit, že ne ve všech státech je tato forma přímé demokracie povolena. V současné době 24 států⁶⁸ tuto eventualitu neumožňuje.⁶⁹ Nicméně to, že voliči schválí rozšíření prostřednictvím referenda, neznamená, že bude provedeno přesně tak, jak bylo odhlasováno. Tato metoda může ve srovnání s jinými metodami čelit více překážkám předtím, než vstoupí v platnost. Ve většině států, kde jsou referenda povolena, mohou zákonodárci schválená opatření měnit, aniž by k tomu potřebovali souhlas voličů, i když jsou referenda závazná. Referenda také mohou narazit na překážky kvůli soudním sporům (Idaho) nebo odporu guvernérů.⁷⁰ Poměrně často se setkáme se snahou zákonodárného sboru zkomplikovat, omezit, či úplně zastavit, možnost občanských volebních

⁶⁵ Initiative and referendum. *BALLOTPEdia* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://ballotpedia.org/Initiative_and_referendum

⁶⁶ What are ballot propositions, initiatives, and referendums?. *Initiative & Referendum Institute* [online]. USC Gould School of Law [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <http://www.iandrinstitute.org/quick-facts.cfm>

⁶⁷ ROCCO, Philip. Direct Democracy and the Fate of Medicaid Expansion. *JAMA Health Forum* [online]. 2020, 1(8): e200934 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0934

⁶⁸ Alabama, Connecticut, Delaware, Georgia, Havaj, Indiana, Iowa, Kentucky, Kansas, Louisiana, Minnesota, New Hampshire, New Jersey, New York, Severní Karolína, Pensylvánie, Rhode Island, Jižní Karolína, Tennessee, Texas, Vermont, Virginie, Západní Virginie, Wisconsin

⁶⁹ States without initiative or referendum. *BALLOTPEdia* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://ballotpedia.org/States_without_initiative_or_referendum

⁷⁰ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

iniciativ. Mnoho států reguluje způsob, jakým se mohou shromažďovat podpisy, a termíny pro jejich sběr. Například ve státě Wyoming, aby mohla být občanská iniciativa vůbec zařazena do hlasování, musí získat podpisy odpovídající 15 % hlasů z předchozích všeobecných voleb. Kromě toho v případě, že iniciativa neprojde, nemůže být znovu předložena po dobu pěti let.⁷¹

7.4.1 Příklady států

Prvním státem, který přijal rozšíření Medicaid v referendu, byl Maine. Od roku 2013 zákonodárny sbor státu Maine pětkrát přijal zákon o rozšíření pojistného programu Medicaid, ale bývalý guvernér Paul LePage každý z nich vetoval a zákonodárny sbor nebyl schopen shromáždit dostatek hlasů, aby jeho veto přehlasoval. To přimělo Robyn Merrillovou, spolupředsedkyni koalice Mainers for Health Care, aby se obrátila přímo na voliče. V listopadu 2017 proběhlo referendum a mainští voliči schválili rozšíření Medicaid v poměru 59 % ku 41 %.⁷² Realizace rozšíření však byla odložena kvůli právním námitkám a odporu bývalého guvernéra státu LePage, který rozšíření jednoduše odmítl. To vyústilo k vleklému právnímu sporu, který trval po zbytek jeho funkčního období. Obhájci programu Medicaid podali na LePageovu administrativu žalobu, v níž požadovali, aby jeho administrativa rozšíření programu zavedla. Soudkyně okresního vrchního soudu Michaela Murphyová přisoudila zastáncům Medicaid vítězství, a nařídila ve státě Maine zahájit proces rozšíření, a to předložením změny státního plánu. Rozšíření bylo nakonec realizováno až v lednu 2019 a Maine se stal 32. státem, který Medicaid rozšířil.⁷³ Další tři státy, kde předchozí pokusy rozšířit Medicaid standardním legislativním procesem byly neúspěšné, přijaly rozšíření prostřednictvím referend již v listopadu 2018. A to státy Idaho, Nebraska a Utah.

⁷¹ ROCCO, Philip, Ann C. KELLER a Andrew S. KELLY. State Politics And The Uneven Fate Of Medicaid Expansion. *HealthAffairs* [online]. 2020, **39**(3) [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01414>

⁷² ROMOSER, James. Maine Supreme Court Says State Must Submit Medicaid Expansion Plan. *Inside CMS* [online]. JSTORE, 2018, **21**(35), 1-11 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/27055230>

⁷³ COURNOYER, Caroline. Court Orders Maine to Expand Medicaid -- as Voters Intended. *GOVERNING* [online]. Portland Press Herald, 2018 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.governing.com/archive/tns-maine-medicaid-court.html>

Podobná situace jako v Maine nastala i ve státě Utah. V roce 2018 voliči prostřednictvím referenda schválili přijetí plného rozšíření Medicaid, tak jak je stanoveno v ACA, více než 53 % hlasů. Utah je však jedním z 11 států, kde mohou být zákony iniciované voliči po jejich přijetí v podstatě bez omezení změněny nebo zrušeny zákonodárci a bývalý republikánský guvernér Gary Herbert a republikány ovládaný zákonodárský sbor se proti tomuto opatření také důrazně postavili. Zákonodárci urychleně přijali alternativní plán (SB 96) obsahující ustanovení, které by státu umožnilo požádat o federální výjimku k provedení částečného rozšíření Medicaid, a to pouze pro omezený počet dospělých osob s příjmem do 100 % FPL namísto do 138 % FPL. Součástí byla také povinnost pro osoby s příjmem v rozmezí 100 % a 138 % FPL platit určité pojistné a příplatky a jako podmínka způsobilosti byly přidány požadavky na práci.⁷⁴ Výjimka byla Utahu Trumpovou administrativou udělena v březnu 2019, a stát získal pouze běžnou sazbu odpovídající federální podpoře Medicaid (ve výši 68 %), nikoliv zvýšenou sazbu odpovídající plnému rozšíření ACA, která by činila přibližně 90 %. V rámci výjimky s finanční způsobilostí omezenou na 100 % FPL bylo odhadem pokryto přibližně 70 000 až 90 000 osob, což je přibližně o 40 000 osob méně než v případě plného rozšíření.⁷⁵ Později byla tato výjimka zrušena Bidenovou administrativou, která tvrdila, že není v souladu se zákonem o Medicaid. Medicaid je tedy v Utahu kompletně rozšířen včetně plného federálního financování, které hradí 90 % nákladů.⁷⁶ V důsledku odkladů a úprav se realizace rozšíření Medicaid v Utahu výrazně zpozdila. Ačkoli rozšíření mělo původně začít v dubnu 2019, nakonec bylo zahájeno až v lednu 2020.

S obdobnými situacemi se setkaly i ostatní státy, které ACA rozšířily za pomoci referenda. V Nebrasce zákonodárci šest let odmítali rozšíření Medicaid, a tak se zastánci rozšíření obrátili ve volbách v roce 2018 přímo na voliče, kteří ho schválili s 53 % hlasů. V reakci na schválení rozšíření Medicaid voliči v Nebrasce oznámil bývalý republikánský guvernér Pete Ricketts, že

⁷⁴ ROCCO, Philip, Ann C. KELLER a Andrew S. KELLY. State Politics And The Uneven Fate Of Medicaid Expansion. *HealthAffairs* [online]. 2020, 39(3) [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01414>

⁷⁵ MUSUMECI, MaryBeth, Madeline GUTH, Robin RUDOWITZ a Cornelia HALL. From Ballot Initiative to Waivers: What is the Status of Medicaid Expansion in Utah?. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/from-ballot-initiative-to-waivers-what-is-the-status-of-medicaid-expansion-in-utah/>

⁷⁶ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Utah. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/utah/>

stát vypracuje alternativu k plánu schválenému voliči. Tento alternativní plán by zahrnoval přidání požadavků na práci a tzv. dvoustupňový systém s rozšířenými výhodami (zubní péče, úhrada volně prodejných léků), který byl schválen Trumpovou administrativou. Nárok na výhody a rozšířené dávky měli účastníci, kteří se splnili požadavek pracovní povinnosti. Program v této formě skončil v roce 2021, protože Bidenova administrativa prohlásila, že pracovní požadavky nejsou slučitelné s programem Medicaid. Pod vládou guvernéra Rickettse bylo rozšíření Medicaid schválené voliči nakonec zavedeno, nicméně s velkým zpožděním.⁷⁷

Stát Idaho rozšířil systém Medicaid za pomoci referenda v lednu 2020, ale předcházely tomu podobné komplikace, jako v předchozích případech. Idažští zákonodárci usilovali o úpravy rozšíření Medicaid (např. požadavky na práci), přestože 61 % idažských voličů ve volbách v roce 2018 ACA jasně schválila. Program Medicaid je v Idaho ve srovnání s jinými státy omezenější. Jsou uvedeny úrovně způsobilosti pro program s dodatkem, že se nezohledňuje 5 % příjmu, což zvyšuje skutečnou úroveň způsobilosti o 5 procentních bodů.⁷⁸

V roce 2020 proběhla referenda týkající se rozšíření Medicaid ve dvou státech, a to v Oklahomě a Missouri. V obou státech rozšíření voliči schválili (v Oklahomě těsnou většinou 50.5 %), nicméně k výsledné realizaci rozšíření vedla dlouhá a poněkud komplikovaná cesta. V Oklahomě se rozšíření opět setkalo s odporem guvernéra a zákonodárců⁷⁹ a v Missouri státní zákonodárci odmítli zahrnout financování Medicaid do rozpočtu na fiskální rok 2022 s argumentem, že cesta schválení skrze referendum je protiústavní. Nicméně Nejvyšší soud státu Missouri nařídil státu, aby nárok na Medicaid rozšířil. Ve státech Oklahoma a Missouri bylo rozšíření Medicaid zavedeno v létě 2021.⁸⁰

⁷⁷ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Nebraska. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/nebraska/>

⁷⁸ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Idaho. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/idaho/>

⁷⁹ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Oklahoma. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/oklahoma/>

⁸⁰ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Missouri. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/missouri/>

Nejnovejším státem, který přijal rozšíření prostřednictvím referenda je Jižní Dakota. Voliči schválili rozšíření systému Medicaid ve volbách v roce 2022 poměrem 56 % ku 44 %. Ačkoli rozšíření nemá podporu současné guvernérky Kristi Noemové ani zákonodárců, tak datum rozšíření je naplánované na červen roku 2023, čímž se Jižní Dakota připojí k několika dalším státům, kde voliči schválili volební iniciativy za rozšíření Medicaid poté, co ho státní zákonodárci nebo guvernéři několik předchozích let odmítali.⁸¹

7.5 Skupiny prosazující rozšíření Medicaid

Ve Spojených státech existuje mnoho organizací, které podporují rozšíření programu Medicaid. Například The Fairness Project je nezisková organizace, která byla založena v roce 2015 s cílem podpořit proces občanské volební iniciativy za zvýšení minimální mzdy v USA. Kromě toho se od roku 2017 organizace zasazuje o prosezení rozšíření systému Medicaid prostřednictvím referenda. The Fairness Project poskytuje služby v rámci kampaní, které kromě finanční podpory zahrnují například vývoj datových modelů pro oslovení a mobilizaci voličů, poradenství ohledně strategie, provádění průzkumu veřejného mínění, vytváření mediálního pokrytí za účelem včasného včlenění tématu do veřejného diskurzu, vysílání pracovníků pro poskytování podpory přímo na místě atd. Kromě toho organizace pomáhá se sběry podpisů a posuzuje formulaci navrhovaného zákona, zda je schopen obstát v právních sporech.

The Fairness Project úzce spolupracoval s místními partnery ve všech výše zmíněných státech, ve kterých proběhlo referendum o přijetí rozšíření Medicaid. Organizace jim poskytla své služby a finanční podporu. Například v Nebrasce kampaň na podporu uspořádání a schválení referenda o rozšíření Medicaid vedl politický akční výbor Insure the Good Life. Tato organizace vybrala 2,97 milionu dolarů, z čehož byl největším dárcem The Fairness Project, který přispěl částkou 1,69 milionu dolarů.⁸² Od svého vzniku The Fairness Project podporoval, spolufinancoval a spoluorganizoval přes 30 kampaní občanské volební iniciativy za zvýšení mezd, rozšíření přístupu ke zdravotní péči a dalších opatření, z čehož byly téměř všechny

⁸¹ NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in South Dakota. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/south-dakota/>

⁸² The Fairness Project. *BALLOTPEdia* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://ballotpedia.org/The_Fairness_Project#cite_note-sdcampaign-26

úspěšné.⁸³ Díky svému úspěchu zvažuje organizace uspořádání podobných kampaní ve Wyomingu, Mississippi a na Floridě, což jsou v současné době jediné státy, kde občané mohou iniciovat veřejné hlasování o otázce rozšíření Medicaid, ale doposud k němu nedošlo.⁸⁴

Medicaid Coalition spadá pod národní neziskovou organizaci Families USA. Zasaduje se o rozšíření programu tak, aby zahrnoval co nejvíce osob s nízkými příjmy, a mohl dlouhodobě poskytovat kvalitní péči. Také pomáhá programu při legislativních a administrativních překážkách.⁸⁵

UnidosUS je hispánská organizace pro občanská práva, která podporuje rozšíření Medicaid jako způsob zlepšení přístupu ke zdravotní péči pro nízkopříjmové a menšinové skupiny obyvatel.⁸⁶

Tyto organizace usilují o zlepšení přístupu ke zdravotní péči, o podporu veřejného zdraví a o zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče pro všechny Američany bez ohledu na jejich příjem.

7.6 Státy, které rozšíření Medicaid nepřijaly

V současné době zbývá 10 států (viz. tabulka č. 1), které doposud rozšíření systému Medicaid nezavedly. V těchto státech se mnoho obyvatel nachází v tzv. coverage gap. Do coverage gap spadají osoby s nízkými příjmy, které si nemohou dovolit koupit soukromé zdravotní pojištění, ale zároveň výše jejich příjmu přesahuje oprávněnost k účasti v programech zdravotní péče s podporou vlády, jako je například Medicaid. To vede k obtížím v přístupu k potřebným zdravotnickým službám a může mít za následek, že se jednotlivci kvůli obavám z nákladů

⁸³ Our Ballot Measure Campaigns. *Fairness Project* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://thefairnessproject.org/ballot-measure-campaigns/>

⁸⁴ ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

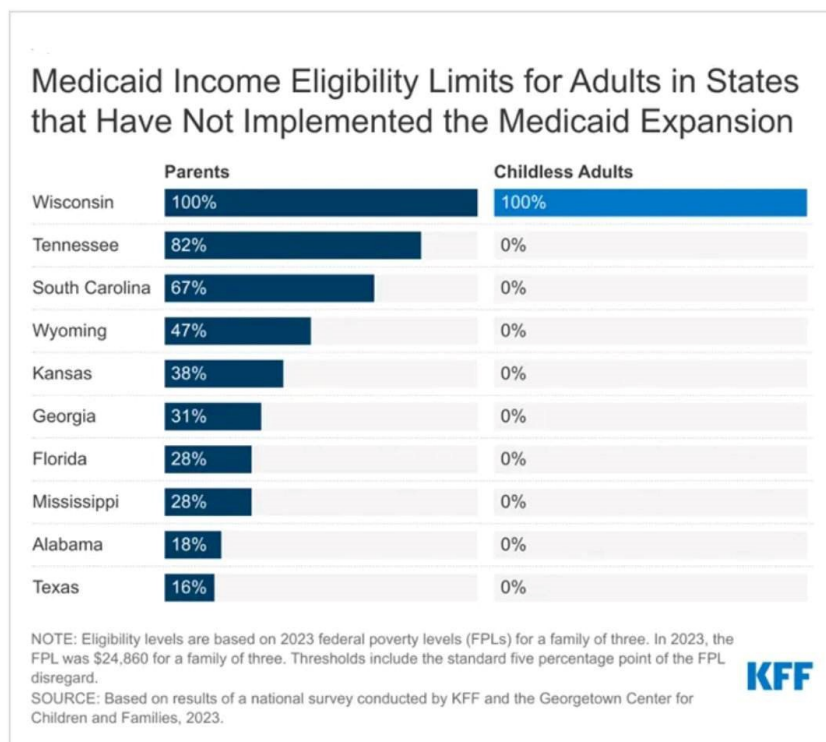
⁸⁵ Medicaid Coalition. *FAMILIES USA* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://familiesusa.org/our-work/medicaid-coalition/>

⁸⁶ Medicaid Unwinding. *UnidosUS* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://unidosus.org/issues/health/aca-open-enrollment/medicaid-unwinding/>

vzdají lékařské péče. Nárok na Medicaid pro dospělé ve státech, které neprovedly rozšíření tohoto programu, je velmi omezený. V těchto státech mediánová hranice příjmu pro rodiče dosahuje v roce 2023 pouze 38 % FPL, a dospělí bezdětné osoby tak zůstávají nezpůsobilé k přihlášení do programu bez ohledu na svůj příjem. Výjimku představuje Wisconsin, který do programu Medicaid zahrnuje bezdětné dospělé do 100 % FPL. Kdyby všechny státy přijaly rozšíření programu Medicaid, přibližně 3,5 milionů nepojištěných dospělých, by se mohlo pro tento program nově kvalifikovat.⁸⁷

⁸⁷ RUDOWITZ, Robin, Patrick DRAKE, Jennifer TOLBERT a Anthony DAMICO. How Many Uninsured Are in the Coverage Gap and How Many Could be Eligible if All States Adopted the Medicaid Expansion?. *KFF* [online]. 2023 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/how-many-uninsured-are-in-the-coverage-gap-and-how-many-could-be-eligible-if-all-states-adopted-the-medicaid-expansion/>

Obrázek č. 2. Příjmové limity Medicaid pro dospělé ve státech, které nezavedly rozšíření Medicaid



Převzato z: RUDOWITZ, Robin a Patrick DRAKE. How Many Uninsured Are in the Coverage Gap and How Many Could be Eligible if All States Adopted the Medicaid Expansion?. *KFF* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/how-many-uninsured-are-in-the-coverage-gap-and-how-many-could-be-eligible-if-all-states-adopted-the-medicaid-expansion/>

Ve všech státech, které rozšíření odmítají, je buď zákonodárny sbor ovládán republikány, nebo je guvernérem republikán a ti rozšíření blokují. Na Floridě v roce 2020 proběhla snaha uspořádat referendum o rozšíření programu Medicaid, nicméně selhala poté, co zákonodárci provedli změny v procesu iniciativy, které zvýšily počet podpisů potřebných pro předběžné posouzení Nejvyšším soudem státu.⁸⁸

⁸⁸ BROWN, Christopher. Medicaid Expansion Ballot Measures Brewing in Three More States. *Bloomberg Law* [online]. 2021 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://news.bloomberglaw.com/health-law-and-business/medicaid-expansion-ballot-measures-brewing-in-three-more-states>

Tabulka č. 1. Rozdělení států dle způsobu implementace rozšíření Medicaid

Rozdělení států dle způsobu implementace rozšíření Medicaid				
Standartní legislativní proces	Standartní legislativní proces s výjimkou	Exekutivní opatření	Referendum	Odmítnutí
Colorado Connecticut Delaware Havaj Illinois Kalifornie Maryland Massachusetts Minnesota Nevada New Jersey New York Nové Mexiko Oregon Rhode Island Severní Dakota Severní Karolína Vermont Washington	Arizona Arkansas Indiana Iowa Michigan Montana New Hampshire Virgínie	Aljaška Kentucky Louisiana Ohio Pensylvánie Západní Virgínie	Idaho Jižní Dakota Maine Missouri Nebraska Oklahoma Utah	Alabama Florida Georgia Jižní Karolína Kansas Mississippi Tennessee Texas Wisconsin Wyoming

Zdroj: vlastní zpracování autorky na základě dat z: Where the states stand on Medicaid expansion. *Advisory Board* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap>

8 Společné znaky v přístupu států k implementaci

Ačkoli státy zaujaly rozdílné postoje k implementaci rozšíření Medicaid a každý se dá považovat za jedinečný, nějaké znaky se opakují.

Často se setkáváme s odmítnutím rozšíření Medicaid v konzervativně orientovaných státech. Zejména v prvních letech poté, co ACA vstoupila v platnost, se i přes silné fiskální pobídky v mnoha státech ovládaných republikány nepodařilo prosadit rozšíření Medicaid, tudíž stranická příslušnost může být silným faktorem, který odrazuje od rozšíření. Nicméně se ukázalo, že i

v převážně republikánských státech, jako je například Idaho a Oklahoma má tato politika širokou veřejnou podporu a podařilo se prosadit legislativu o rozšíření.⁸⁹

Podpora veřejnosti pro rozšíření Medicaid je poměrně silná, a to i v konzervativně orientovaných státech ovládaných republikány. Například ve velmi konzervativním státě Wyoming souhlasí s rozšířením Medicaidu 56 % obyvatel, nicméně tamní republikánský legislativní sbor rozšíření striktně odmítá.

Široké podpoře veřejnosti nasvědčuje také míra úspěšnosti referend, která započala v roce 2017 ve státě Maine. Jak je zmíněno výše voliči v Utahu, Idaho a Nebrasce, které se považují spíše za konzervativní státy, schválili prostřednictvím referenda v roce 2018 rozšíření Medicaid. Totéž se stalo v Missouri a Oklahomě v roce 2020 a o dva roky později i v Jižní Dakotě. Rozšíření Medicaid skrze referendum bylo úspěšné ve všech státech, kde měli voliči možnost přímo rozhodnout, zda má stát Medicaid rozšířit.⁹⁰ Celkově se referenda stala populární cestou k přijetí rozšíření Medicaid. Všechny státy s výjimkou Severní Karolíny, které od roku 2019 přijaly rozšíření, tak neučinily prostřednictvím legislativního nebo exekutivního procesu, ale v důsledku úspěšných referend.

Od roku 2010, kdy byl podepsán zákon ACA, všechny státy, které implementovaly rozšíření skrze standardní legislativní proces, tak učinily již v roce 2014. Jedinou výjimkou je Severní Karolína, která jej přijala v roce 2023. Rozmezí implementace ve státech, které přijaly rozšíření skrze exekutivní opatření nebo usilovaly o nějakou výjimku, se pohybuje mezi léty 2014–2016 s jedinou výjimkou, kterou představuje Virginie, která implementovala rozšíření v roce 2019. Naproti tomu první stát, který implementoval rozšíření skrze referendum byl Maine, který rozšíření implementoval až v roce 2019. Postupně každým rokem přibývalo dalších 6 států, které zvolily stejnou cestu. Nejnovějším státem, který přijal rozšíření prostřednictvím referenda je Jižní Dakota, která tak učinila v roce 2022 s termínem implementace na červen roku 2023. Dá

⁸⁹ HASELSWERDT, Jake. Advocating for Medicaid Expansion in Republican States: Overcoming “Fractious Federalism” in the Statehouse and Ballot Box. *The Journal of Federalism* [online]. 2021, 51(3), 459–483 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/publius/pjab018>

⁹⁰ ROCCO, Philip, Ann C. KELLER a Andrew S. KELLY. State Politics And The Uneven Fate Of Medicaid Expansion. *HealthAffairs* [online]. 2020, 39(3) [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01414>

se tedy říct, že až na výjimky, implementace skrze referendum trvala ve státech, které si zvolily tuto cestu výrazně delší dobu, než u jiných způsobů.⁹¹

V republikány ovládaných státech téměř ve všech případech narazíme na požadavek, aby účastníci programu Medicaid určitý počet hodin týdně pracovali, věnovali se dobrovolnické činnosti, chodili do školy atd. K zavedení pracovního požadavku je nutný souhlas CMS. Během Obamovy administrativy nebyly pro Medicaid povoleny žádné pracovní požadavky, nicméně Trumpova administrativa této myšlence otevřela dveře a schválila pracovní požadavky například ve státech Utah, New Hampshire, Michigan, Indiana, či v Ohio. Ve výsledku však pracovní požadavky platily pouze v Utahu a Michiganu, ale i tam byly později zrušeny po nástupu Joa Bidena do úřadu. Bidenova administrativa prohlásila, že požadavky na práci neodpovídají celkovému poslání programu Medicaid, a schválené výjimky na pracovní požadavky, které byly přijaty během předchozí administrativy zrušila.⁹²

⁹¹ Where the states stand on Medicaid expansion. *Advisory Board* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap>

⁹² NORRIS, Louise. A state-by-state guide to Medicaid expansion, eligibility, enrollment and benefits. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/>

9 Závěr

V současné době přijalo rozšíření Medicaid 40 států (včetně Washingtonu, D. C.), zatímco 10 států toto rozšíření odmítlo. Cílem této práce bylo zmapovat možné přístupy států k implementaci rozšířené verze pojišťovacího programu Medicaid. Analýza ukázala, že v současné době existuje 5 přístupů k přijetí rozšířené verze Medicaid: pomocí standardního legislativního procesu, standardního legislativního procesu s výjimkou, exekutivního opatření, referenda či odmítnutí rozšíření.

Přijetí rozšíření pomocí standardního legislativního procesu je státy nejčastěji využívaným způsobem, nicméně nutno podotknout, že způsoby, jakými státy přistupují k rozšíření, nejsou konstantní a mohou se v průběhu času měnit. Řada států, které se zapojily do programu rozšíření, včetně těch, které původně provozovaly tradiční programy rozšíření bez výjimky podle oddílu 1115, se snaží získat výjimky k provedení změn v rámci svého programu. Přístup k rozšíření se také mění v souladu s pokyny zákonodárců, či jako odpověď na volby, nové politické příležitosti nebo jiné faktory. Vliv dopadu voleb můžeme vidět například ve státě Louisiana, kdy demokratický guvernér Edwards přijal rozšíření Medicaid ihned po svém nástupu do úřadu prostřednictvím exekutivního opatření, přičemž ho jeho předchůdce odmítal po celou dobu svého funkčního období.

Klíčovou roli při implementaci rozšíření hrají státní instituce a jejich vzájemné omezování, které jsou dány státním právem. Státy, které schválily rozšíření prostřednictvím výkonné moci nebo iniciativy voličů, mohou v procesu schvalování rozšíření narazit na roli zákonodárského orgánu, který může tyto cesty k přijetí rozšíření omezit a zkomplikovat. Důležité také je, že podmínky v jednotlivých státech jsou odlišné, a rozhodnutí učiněná v jednom státě nemusí být aplikovatelná na podmínky v jiném státě.

V závislosti na státní legislativě, politickém klimatu nebo jiných proměnných zaujaly různé státy zcela odlišné přístupy k zavádění rozšíření Medicaid, nicméně trend v posledních letech směřuje k tomu, že se stále více států rozhodlo pro rozšíření programu. Popularitě rozšíření nasvědčuje široká podpora veřejnosti a úspěšná referenda vyzívající k zavedení rozšíření. Úspěšná referenda a veřejná podpora rozšíření může zvýšit tlak na zákonodárce v dalších státech, které dosud rozšíření Medicaid nezavedly, aby tak učinily.

Rozhodnutí o rozšíření programu Medicaid má významné důsledky pro přístup ke zdravotní péči a finanční stabilitu jednotlivců a rodin s nízkými příjmy. Zásadní je i pro poskytovatele zdravotní péče a pro státní rozpočty. Jelikož Medicaid tvoří významnou část federálního i státního rozpočtu a zajišťuje hlavní zdroj zdravotního pojištění pro Američany s nízkými příjmy, je neustále předmětem rozsáhlých diskusí. V budoucnosti bude důležité sledovat debaty týkající se rozšíření ve zbývajících 10 státech, které rozšíření doposud nepřijaly. Také bude třeba sledovat případné změny v programech rozšíření v těch státech, které již rozšíření přijaly, a zhodnotit výhody a nevýhody možných přístupů.

10 Summary

The aim of this bachelor's thesis is to examine the different approaches that states have taken to implementing an expanded version of the Medicaid insurance program. 40 states and Washington D.C. have adopted the expansion, while 10 states have rejected it. The analysis found that there are five main approaches that states have taken to implement Medicaid expansion: the standard legislative process, the standard legislative process with exemption, executive order, referendum, or rejection.

State institutions and the relationships between them play a critical role in implementing expansion, as they can be mutually constraining. It is important to mention that states' approaches to Medicaid expansion may change over time. New legislation, the political climate or other variables may cause the change.

Although states have taken quite different approaches to implementing Medicaid expansion, the trend in recent years is that more and more states are implementing expansion. One reason for this is broad public support as well as successful referenda.

In the future, it will be important to monitor debates related to expansion in the remaining 10 states that have not yet adopted expansion, as well as any changes in programs in states that have already adopted expansion. The decision to expand Medicaid has significant implications for access to healthcare, financial stability of individuals and low-income families, healthcare providers, and state budgets, and is therefore a constant subject of political debates.

11 Seznam použitých zdrojů

ADMINISTRATIVE OFFICE OF THE U.S. COURTS. Grove City College v. Bell – Glossary. *United States Courts* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.uscourts.gov/educational-resources/educational-activities/grove-city-college-v-bell-glossary>

ALTMAN, Drew a William H. FRIST. Medicare and Medicaid at 50 Years Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. AMER MEDICAL ASSOC, 2015, **314**(4), 384-395 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2015.7811

ANTONISSE, Larisa a Robin RUDOWITZ. An Overview of State Approaches to Adopting the Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.kff.org/report-section/an-overview-of-state-approaches-to-adopting-the-medicaid-expansion-issue-brief/>

BROOKS, Tricia. CHIP Funding Has Been Extended, What's Next For Children's Health Coverage?. *HealthAffairs* [online]. 2018 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20180130.116879/>

BROWN, Christopher. Medicaid Expansion Ballot Measures Brewing in Three More States. *Bloomberg Law* [online]. 2021 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://news.bloomberglaw.com/health-law-and-business/medicaid-expansion-ballot-measures-brewing-in-three-more-states>

COHEN, Alan B., David C. COLBY, Keith A. WAILOO a Julian E. ZELIZER. *MEDICARE AND MEDICAID AT 50*. 1. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978–0–19–023154–5.

Cost Sharing Out of Pocket Costs. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/cost-sharing/cost-sharing-out-pocket-costs/index.html>

COURNOYER, Caroline. Court Orders Maine to Expand Medicaid -- as Voters Intended. *GOVERNING* [online]. Portland Press Herald, 2018 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.governing.com/archive/tns-maine-medicaid-court.html>Začátek formuláře

December 2022 Medicaid & CHIP Enrollment Data Highlights. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/program-information/medicaid-and-chip-enrollment-data/report-highlights/index.html>

DIGITAL COMMUNICATIONS DIVISION. What's the difference between Medicare and Medicaid?. *HHS.gov* [online]. 2022 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html>

FALK, Gene. The Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Block Grant: A Legislative History. *Congressional Research Service* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R44668>

GUINAN, Stephanie. Medicare vs. Medicaid: The Important Differences to Know. *Valuepenguin* [online]. 2022 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.valuepenguin.com/medicare-vs-medicaid>

GUYER, Jocelyn, Naomi SHINE, MaryBeth MUSUMECI a Robin RUDOWITZ. A Look at the Private Option in Arkansas. *KFF* [online]. 2015 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/a-look-at-the-private-option-in-arkansas/>

HANLON, Tegan. Legislative Council drops Medicaid lawsuit against Gov. Walker. *ANCHORAGE DAILY NEWS* [online]. 2016 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.adn.com/politics/2016/06/29/legislative-council-drops-medicaid-lawsuit-against-gov-walker/>

HASELSWERDT, Jake. Advocating for Medicaid Expansion in Republican States: Overcoming “Fractious Federalism” in the Statehouse and Ballot Box. *The Journal of Federalism* [online]. 2021, **51**(3), 459–483 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/publius/pjab018>

HAYES, Adam. Federal Poverty Level (FPL). *Investopedia* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.investopedia.com/terms/f/fpl.asp>

Health insurance exchange. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/health-insurance-exchange/>

Health insurance marketplace. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/health-insurance-marketplace/>

History.com Editors. Great Society. *HISTORY* [online]. A&E Television Networks, 2017 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.history.com/topics/1960s/great-society>

CHIP Financing. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/chip/financing/index.html>

CHIPRA. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/chip/chipra/index.html>

Individual mandate. *Healthinsurance.org* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/glossary/individual-mandate/>

Initiative and referendum. *BALLOTPEDIA* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://ballotpedia.org/Initiative_and_referendum

King v. Burwell. *Oyez* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.oyez.org/cases/2014/14-114>

LOPEZ BAUMAN, Naomi, Angela C. ERICKSON a Christina SANDEFUR. *The Arizona Medicaid Expansion Experience* [online]. GOLDWATER INSTITUTE, 2017 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: https://www.goldwaterinstitute.org/wp-content/uploads/2018/08/ArizonaMedicaidExperience_FINAL.pdf

Medicaid & CHIP. *HealthCare.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

Medicaid Coalition. *FAMILIES USA* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://familiesusa.org/our-work/medicaid-coalition/>

Medicaid State Plan Amendments. *Medicaid.gov* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid/medicaid-state-plan-amendments/index.html>

Medicaid Unwinding. *UnidosUS* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://unidosus.org/issues/health/aca-open-enrollment/medicaid-unwinding/>

Medicare & Medicaid MILESTONES 1937-2015. *Department of Health & Human Services* [online]. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/Downloads/Medicare-and-Medicaid-Milestones-1937-2015.pdf>

MUSUMECI, MaryBeth, Madeline GUTH, Robin RUDOWITZ a Cornelia HALL. From Ballot Initiative to Waivers: What is the Status of Medicaid Expansion in Utah?. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/from-ballot-initiative-to-waivers-what-is-the-status-of-medicaid-expansion-in-utah/>

MUSUMECI, MaryBeth. A Guide to the Supreme Court's Decision on the ACA's Medicaid Expansion. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/a-guide-to-the-supreme-courts-decision/>

MUSUMECI, MaryBeth. Implementing the ACA's Medicaid-Related Health Reform Provisions After the Supreme Court's Decision. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/implementing-the-acas-medicaid-related-health-reform/>

National Federation of Independent Business v. Sebelius. *Oyez* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.oyez.org/cases/2011/11-393>

NORRIS, Louise. A state-by-state guide to Medicaid expansion, eligibility, enrollment and benefits. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Idaho. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/idaho/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Missouri. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/missouri/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Nebraska. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/nebraska/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in New Hampshire. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/new-hampshire/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in North Carolina. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/north-carolina/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Oklahoma. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/oklahoma/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in South Dakota. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/south-dakota/>

NORRIS, Louise. Medicaid eligibility and enrollment in Utah. *Healthinsurance.org* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/utah/>

NORRIS, Louise. What type of health insurance exchange does my state have?. *Healthinsurance* [online]. 2023 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.healthinsurance.org/faqs/what-type-of-health-insurance-exchange-does-my-state-have/>

Our Ballot Measure Campaigns. *Fairness Project* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://thefairnessproject.org/ballot-measure-campaigns/>

PARADISE, Julia. Medicaid Moving Forward. *KFF* [online]. 2015 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/medicaid-moving-forward/>

POWERS AND AUTHORITY. *National Governors Association* [online]. [cit. 2023-04-26].
Dostupné z: <https://www.nga.org/governors/powers-and-authority/>

ROCCO, Philip, Ann C. KELLER a Andrew S. KELLY. State Politics And The Uneven Fate Of Medicaid Expansion. *HealthAffairs* [online]. 2020, **39**(3) [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01414>

ROCCO, Philip. Direct Democracy and the Fate of Medicaid Expansion. *JAMA Health Forum* [online]. 2020, **1**(8): e200934 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: [doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0934](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0934)

ROMOSER, James. Maine Supreme Court Says State Must Submit Medicaid Expansion Plan. *Inside CMS* [online]. JSTORE, 2018, **21**(35), 1-11 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/27055230>

RUDOWITZ, Robin, Elizabeth WILLIAMS, Elizabeth HINTON a Rachel GARFIELD. Medicaid Financing: The Basics. *KFF* [online]. 2021 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-financing-the-basics/>

RUDOWITZ, Robin, Patrick DRAKE, Jennifer TOLBERT a Anthony DAMICO. How Many Uninsured Are in the Coverage Gap and How Many Could be Eligible if All States Adopted the Medicaid Expansion?. *KFF* [online]. 2023 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/how-many-uninsured-are-in-the-coverage-gap-and-how-many-could-be-eligible-if-all-states-adopted-the-medicaid-expansion/>

RUDOWITZ, Robin, Rachel GARFIELD a Elizabeth HINTON. 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight. *KFF* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

SCOTT, Dylan. Medicaid is a hassle for doctors. That's hurting patients. *Vox* [online]. 2021 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.vox.com/2021/6/7/22522479/medicaid-health-insurance-doctors-billing-research>

SOMMERS, Benjamin D., Robert J. BLENDON a E. John ORAV. Both The 'Private Option' And Traditional Medicaid Expansions Improved Access To Care For Low-Income Adults.

HealthAffairs [online]. 2016, **35**(1), 96-105 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z:
<https://www.healthaffairs.org/doi/suppl/10.1377/hlthaff.2015.0917>

States without initiative or referendum. *BALLOTPEDIA* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:
https://ballotpedia.org/States_without_initiative_or_referendum

States' Positions in the Affordable Care Act Case at the Supreme Court. *KFF* [online]. 2012 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-positions-on-aca-case/?activeTab=map&Timeframe=0&selectedDistributions=state-positions-on-aca-case&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

The Fairness Project. *BALLOTPEDIA* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:
https://ballotpedia.org/The_Fairness_Project#cite_note-sdcampaign-26

What are ballot propositions, initiatives, and referendums?. *Initiative & Referendum Institute* [online]. USC Gould School of Law [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:
<http://www.iandrinstitute.org/quick-facts.cfm>

Where the states stand on Medicaid expansion. *Advisory Board* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap>

12 Seznam obrázků, tabulek, grafů a zkratk

12.1 Seznam obrázků

Obrázek č. 1. Rozhodnutí jednotlivých států USA o rozšíření Medicaid

Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. *KFF* [online]. 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>

Obrázek č. 2. Příjmové limity Medicaid pro dospělé ve státech, které nezavedly rozšíření Medicaid

RUDOWITZ, Robin a Patrick DRAKE. How Many Uninsured Are in the Coverage Gap and How Many Could be Eligible if All States Adopted the Medicaid Expansion?. *KFF* [online].

2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/how-many-uninsured-are-in-the-coverage-gap-and-how-many-could-be-eligible-if-all-states-adopted-the-medicaid-expansion/>

12.2 Seznam tabulek

Tabulka č. 1. Rozdělení států dle způsobu implementace rozšíření Medicaid vlastní zpracování autorky na základě dat z: Where the states stand on Medicaid expansion. *Advisory Board* [online]. 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap>

12.3 Seznam použitých zkratk

ACA – Affordable Care Act

CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services

FPL – Federal poverty level (federální hranice chudoby)

CHIP – Children’s Health Insurance Program

SPA – State Plan Amendments

Teze bakalářské práce

Základní informace

Název: *Přístupy států k implementaci reformy programu Medicaid po roce 2010 v USA.*

Autor: Rozálie Smíšková

Vedoucí práce: PhDr. Jakub Dopieralla

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu nízké probádanosti daného tématu. Práci považuji za přínosnou, protože způsobem, jakým budu na práci nahlížet, nebyl doposud na danou problematiku v české politologické sféře aplikován.

Úvod

Předmětem bakalářské práce je přístupy států USA k implementaci reformy programu Medicaid po roce 2010. Medicaid je veřejný pojišťovací program, který spadá pod správu americké vlády. V roce 2010 vstoupila v platnost rozsáhlá reforma navržená bývalým americkým prezidentem Barackem Obamou, jejíž cílem bylo snížit množství nepojištěných osob, a to zejména v rámci obyvatel s nízkými příjmy. Klíčovým aspektem je, že v jednotlivých státech existují různé varianty tohoto programu, jelikož v roce 2012 Nejvyšší soud rozhodl, že si státy mohou vybrat, zda se budou na rozšíření podílet.

Klíčovou část mé práce bude tvořit **teorie možných přístupů k rozšíření programu Medicaid**. Správa programu a jeho následná realizace je v rukou daného státu. Každý stát si podle obecných federálních směrnic a zákonů stanoví normy jakými bude program implementovat. Stát rozhoduje o délce trvání, typu, výši, rozsahu služeb a také si stanoví sazby plateb. Stát se také může rozhodnout se rozšíření zcela neúčastnit.

Je zde také možnost využití alternativních přístupů, mezi které patří například výjimka zvaná "**soukromá volba**", kdy stát využívá daných federálních prostředků k nákupu soukromého pojištění namísto rozšíření Medicaid. Další alternativní možností je také aplikace **exekutivního opatření**, které účinnost reformy oslabí. (obejdou se zákonodárci)

Přijetí reformy poměrně jasně rozděluje státy, kde je státní zákonodárny sbor, případně úřad guvernéra kontrolován demokraty, a kde republikány. Stranická příslušnost tudíž může být silným odrazujícím faktorem pro rozšíření. Během prvních let implementace konzervativní opozice zastavila rozšíření reformy Medicaid v mnoha republikány ovládaných státech, a to i navzdory silným fiskálním pobídkám.

Výzkumné otázky

Cílem práce bude zodpovězení následných výzkumných otázek:

1. Jaký přístup mají státy USA k implementaci? A jaké kategorie přístupů lze identifikovat u států USA v otázce rozšíření programu Medicaid po roce 2010?
2. Jakým způsobem se odmítnutí rozšíření programu Medicaid projevuje v konkrétních státech USA?
3. Co ovlivňuje rozhodování států o rozšíření Medicaid? Má politická kontrola daného státu přímou kontrolu nad rozšířením Medicaid?

Metodologie

V práci se pokusím pojmenovat jednotlivé aspekty ovlivňující možný přístup států k dané reformě, a následně data analyzovat pomocí policy analysis. Samotná práce se bude skládat ze dvou částí: teoretické a praktické.

V teoretické části se budu věnovat samotné implementaci reformy. Zaměřím se na přístup všech 50 států USA a porovnáám jejich postoj k Medicaid. Také se chci zaměřit na roli několika klíčových mechanismů, které mohly ovlivnit rozšíření Medicaid v uplynulém desetiletí. Těmito mechanismy myslím např. volební mechanismy, zájmové skupiny a v neposlední řadě volební kampaně. Jako zdroje dat budou využity databáze volebních výsledků, záznamy z debat, odborné články a odbornou literaturu, novinové články z lokálních novin daného státu či volební programy.

Výzkumné otázky budu řešit pomocí již výše zmíněné policy analysis. Tato metoda se často využívá ve veřejném sektoru a státní správě. Zkoumá a hodnotí dostupné možnosti implementace cílů zákonů a možné varianty politiky z oblasti ekonomiky, sociálních nebo

jiných veřejných problémů. Policy analysis také zkoumá vývoj dané politiky a dopady každé z nich. Zjišťuje, co bylo v minulosti učiněno pro řešení určitých politických problémů a v neposlední řadě analyzuje náklady a přínos konkrétní politiky.

Předběžná struktura práce

1. Úvod
2. Reforma programu Medicaid v roce 2010
 1. Vznik programu
 2. Rozšíření programu
 3. Zásah Nejvyššího soudu v roce 2012
3. Přístupy států USA k implementaci rozšíření programu Medicaid po roce 2010
 1. Teorie možných přístupů k rozšíření
4. Faktory ovlivňující přijetí či odmítnutí reformy
 1. Vliv politické kontroly
5. Následky přijetí či odmítnutí rozšíření programu
6. Závěr

Seznam klíčové literatury

Camillo, Cheryl. (2016). Review of David G. Smith and Judith D. Moore. Medicaid Politics and Policy, Second Edition. New Brunswick, NJ: Transaction, 2015. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 41. 10.1215/03616878-3666226.
<https://doi.org/10.4324/9781351295802>

-Kniha pojednává o vzniku programu Medicaid a jeho vývoji a rozšíření v posledních 50 letech. Zaměřím se zejména na tu část knihy, která je věnována vývoji po roce 2010, protože to je pro mou práci stěžejní období vývoje programu.

Clinton, Joshua., & Sances, Michael. (2018). The Politics of Policy: The Initial Mass Political Effects of Medicaid Expansion in the States. *American Political Science Review*, 112(1), 167-185. doi:10.1017/S0003055417000430

-Článek se zabývá dopadem zákona o ochraně pacientů a dostupné zdravotní péči (ACA) z roku 2010. Popisuje rozdíly mezi jednotlivými státy, které vznikly v důsledku rozhodnutí Nejvyššího soudu v roce 2012.

Glied, Sherry, and Stephanie Ma. "How states stand to gain or lose federal funds by opting in or out of the Medicaid expansion." *Issue brief (Commonwealth Fund)* vol. 32 (2013): 1-12.

-Článek se zabývá tím, jak účast na rozšíření programu Medicaid ovlivní pohyb federálních finančních prostředků do jednotlivých států.

Lanford, Daniel, and Jill Quadagno. "Implementing ObamaCare: The Politics of Medicaid Expansion under the Affordable Care Act of 2010." *Sociological Perspectives* 59, no. 3 (2016): 619–39. <http://www.jstor.org/stable/26339045>.

-Tento článek se opět zabývá rozdíly mezi jednotlivými státy v rámci rozšíření Medicaid v letech 2012 až 2014. Také se věnuje faktorům, které se mohly podílet na rozhodovacím procesu daného státu.

Simon, Christopher A. "policy analysis". *Encyclopedia Britannica*, 2 Nov. 2016, <https://www.britannica.com/topic/policy-analysis>. Accessed 15 September 2022.

-Článek se týká metodou policy analysis. Popisuje její metody, užití a správné formulování.

Jake Haselswerdt, *Advocating for Medicaid Expansion in Republican States: Overcoming "Fractious Federalism" in the Statehouse and Ballot Box*, *Publius: The Journal of Federalism*, Volume 51, Issue 3, Summer 2021, Pages 459–483, <https://doi.org/10.1093/publius/pjab018>

Piatak, Jaclyn S. "Understanding the Implementation of Medicaid and Medicare: Social Construction and Historical Context." *Administration & Society*, vol. 49, no. 8, Sept. 2017, pp.

Timothy Callaghan, Lawrence R. Jacobs, Process Learning and the Implementation of Medicaid Reform, *Publius: The Journal of Federalism*, Volume 44, Issue 4, Fall 2014, Pages 541–563, <https://doi.org/10.1093/publius/pju033>

Flagg, Robin. “Medicaid Expansion: A Tale of Two Governors.” *Journal of health politics, policy and law* vol. 41,5 (2016): 997-1031. doi:10.1215/03616878-3632243

Baker, Allison M, and Linda M Hunt. “Counterproductive Consequences of a Conservative Ideology: Medicaid Expansion and Personal Responsibility Requirements.” *American journal of public health* vol. 106,7 (2016): 1181-7. doi:10.2105/AJPH.2016.303192

Rose, Shanna. "Opting In, Opting Out: The Politics of State Medicaid Expansion" *The Forum* 13, no. 1 (2015): 63-82. <https://doi.org/10.1515/for-2015-0011>

Shanna Rose, Greg Goelzhauser, The State of American Federalism 2017–2018: Unilateral Executive Action, Regulatory Rollback, and State Resistance, *Publius: The Journal of Federalism*, Volume 48, Issue 3, Summer 2018, Pages 319–344, <https://doi.org/10.1093/publius/pjy016>