

Influential Article Review - Successful advances in the Affordable Care Act

Christine Mcdonald

Julio Clarke

Elijah Palmer

This paper examines healthcare. We present insights from a highly influential paper. Here are the highlights from this paper: The purpose of this article is to describe the innovative strategies that were used to develop the first National health insurance program in the United States. The first innovative provisions was the development of a fund to expand health coverage under the State Medicaid programs to expand coverage through most Medicaid State Health Plans. The establishment of a new innovative structure of premium subsidies to expand private health insurance for many uninsured Americans, to purchase a Subsidize health plan was the second innovative approach, to finance health insurance to those that were previously uninsured. Unlike most Western nations that finance health insurance through a national tax or income tax, the American innovative approach relies on providing government subsidies for individuals to purchase private health insurance plans and/or expand coverage under the existing Medicaid program. This innovative strategy has been very successful to greatly reduce the number of uninsured Americans to be at the lowest since records have been maintained on this topic. However, this program has been successful to lower the number of uninsured Americans, many have opposed this innovative strategy as it relies too much on government subsidies to reduce the number of uninsured. Now efforts are under way to repeal and replace the innovative strategies that have increased the number of insured in the United States. For our overseas readers, we then present the insights from this paper in Spanish, French, Portuguese, and German.

Keywords: Obamacare, Health Insurance, Tax subsidies, Uninsured Americans

SUMMARY

- The partisan debate over the Affordable Care Act of 2010 and the provisions included in the law ignore the success of the new law's achievements in the field of public health. There have been great strides in public health as a whole, because many low-income uninsured Americans relied solely on remedial emergency care. This was a direct result of their inability to pay. Under the ACA, they gained access to health insurance protection enabling them to secure preventive and timely emergency care benefitting all of society. The ACA developed innovative strategies that gave these same individuals, when eligible, the ability to obtain subsidies and tax credits so they might purchase health insurance for the first time .

- The health law provisions further reduced the number of individuals who did not have health insurance at their place of employment. The share of unemployed adults declined from 18.4 percent in 2013 to 9.3% in the first 9 months of 2016. One of the primary ways this was achieved is through the creation of online health insurance markets. Government subsidies allowed individuals to obtain health insurance plans at a lower cost from these insurance marketplaces. As a result, the number of individuals filing for bankruptcy because of their ability to pay for their physician and hospital bills declined sharply. The Affordable Care Act made health insurance achievable and affordable for many low-income and disabled Americans.
- This required all Americans to have health insurance protection and those who refused coverage would be subject to a tax by the Internal Revenue Service .
- One provision of the ACA raised taxes on higher income individuals in order to help finance the new health care provisions improving access to primary care services. In addition, improving reimbursement incentives for hospitals participating in the Medicare program was another important provision. These new incentives were established for both hospitals and physician group health plans, as an incentive to improve the quality of care in healthcare settings. In order to promote higher quality of care, study by RAND, a health policy research center, explored and presented new strategies to lower Medicare reimbursements and compensate providers for higher quality of care .

HIGHLY INFLUENTIAL ARTICLE

We used the following article as a basis of our evaluation:

Hester, R. D. (2017). The successful innovations of the affordable care act of 2010. *Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 6(1), 1–4.

This is the link to the publisher’s website:

<https://innovation-entrepreneurship.springeropen.com/articles/10.1186/s13731-017-0076-x>

INTRODUCTION

The partisan debate over the Affordable Care Act of 2010 (ACA) and the provisions included in the law ignore the success of the new law’s achievements in the field of public health. There have been great strides in public health as a whole, because many low-income uninsured Americans relied solely on remedial emergency care. This was a direct result of their inability to pay. Under the ACA, they gained access to health insurance protection enabling them to secure preventive and timely emergency care benefitting all of society. The ACA developed innovative strategies that gave these same individuals, when eligible, the ability to obtain subsidies and tax credits so they might purchase health insurance for the first time (Glied & Jackson, 2017).

Health insurance is not the same thing as good health. Current data from the Centers for Disease Control and Prevention demonstrates how the program, through expanding coverage, extended patient lives reduced the number of individuals that relied on our public health system for their basic medical care and reduced the number of uninsured in the United States. (Kaiser Family Foundation, 2016).

For example, as of 2015, because of the ACA, around 137 million Americans were guaranteed preventive services without cost sharing. Small group and individual insurance plans are required to cover 10 Essential Health Benefits such as blood pressure screenings, well care visits, vaccines, and preventive maternal and child health coverage to improve the health of infants and children.

Consequently, this has placed less pressure on our capricious public health care system. In the first 9 months of 2016, only 8.8% of Americans lacked health coverage compared with over 23% lacking health insurance when the program began in 2010. This data is based upon survey data from the Kaiser Family Foundation. (Kaiser Family Foundation, 2016).

The individual mandate provision under the ACA, requires all Americans to have health insurance or pay a fine (Brooks, 2016). Securing medical insurance facilitates the access to the medical care they need. In the past, public hospitals and clinics were the “provider of last resort”. For those individuals that could not afford or were not eligible for Medicaid, the ACA provided subsidies for the purchase of private health insurance plans. The health law provisions further reduced the number of individuals who did not have health insurance at their place of employment. The share of unemployed adults declined from 18.4 percentage in 2013 to 9.3% in the first 9 months of 2016. One of the primary ways this was achieved is through the creation of online health insurance markets. Government subsidies allowed individuals to obtain health insurance plans at a lower cost from these insurance marketplaces. As a result, the number of individuals filing for bankruptcy because of their ability to pay for their physician and hospital bills declined sharply. (Katz, 2017a) The Affordable Care Act made health insurance achievable and affordable for many low-income and disabled Americans.

The Affordable Care Act provided additional Federal Medicaid funds to cover Thirty-Five State Medicaid Plans that agreed to participate in the Medicaid expanded program. Under this program Medicaid coverage was expanded to any American earning less than \$ 16,000 per annum as a single person or \$35,000 for a family of four (Rawal, 2016). Political discord and partisanship resulted in 16 State Governments refusing to participate and not receiving the additional Medicaid Federal funds. This action prevented the enrollment of over 10.1 million low-income Americans, to the expanded Medicaid program (Katz, 2017b).

One of the signature innovations of the law was that it prevented health insurance companies from denying coverage or charging higher insurance rates to individuals with a preexisting condition or health condition that required excessive treatments and procedures. This innovation program helped lower the cost of hospital, physician, and laboratory services for individuals who are disproportionate users of the health care system. The ACA set a standard for the minimum guaranteed package of benefits offered by various insurers (Bowen, 2017). This provision further guaranteed that preventive health services would be available in the health plan, without co-payments. The ACA of 2010, also allowed young people to remain on their parent’s health plan until age 26. This provision encouraged many to support the health care reform.

The law made efforts to insure that healthy people would enter the market place through an individual mandate provision. This required all Americans to have health insurance protection and those who refused coverage would be subject to a tax by the Internal Revenue Service (Affordable Care Act, 2010).

One provision of the ACA raised taxes on higher income individuals in order to help finance the new health care provisions improving access to primary care services. In addition, improving reimbursement incentives for hospitals participating in the Medicare program was another important provision. These new incentives were established for both hospitals and physician group health plans, as an incentive to improve the quality of care in healthcare settings. In order to promote higher quality of care, study by RAND, a health policy research center, explored and presented new strategies to lower Medicare reimbursements and compensate providers for higher quality of care (RAND, 2016). The new incentive payment strategies have been implemented and have achieved savings for the Medicare program. Other major provisions of the new law stopped drug companies making payments to individual physicians and required large chain restaurants to publish calorie counts on their menus.

The new health care law placed greater emphasis on expanding the availability of private health insurance, but at the expense of our existing public health care system. Most State and County governments have been struggling to maintain quality public health care systems (Brill, 2015). The expansion of the State Medicaid program through more Federal funds helped State governments increase the number of individuals eligible for Medicaid coverage. Most of these individuals were served in private hospitals and physicians group health plans. The result has been that many States and County governments have closed Public General Hospitals and community health centers in their communities. Consequently, one of current successful innovations of the ACA, is the availability of the private health care marketplace, with a decline in the utilization of the public health system to serve our underserved populations. On the other hand, this program had a positive impact on public hospitals and clinics because many of their patients now had the means to pay for their care rather than it being a charity care case, or as described by the providers a “no pay” case, and a financial loss to the provider. This is just one example of how the law increased

entrepreneurship, through expanding small health insurance plans to cover more patient lives and better compete with the larger health plans. Other examples included the ability of research firms to compete for CMS research and development grants to develop innovative approaches to improve the quality of care in hospitals and develop incentive reimbursement strategies to lower the cost for the Medicare and Medicaid programs.

CONCLUSION

The continuing efforts to repeal and replace the Affordable Care Act proposes to roll back the successful innovations of the law, reducing the ample impact this law has achieved in improving the American healthcare system. Any repeal would place greater pressure on the nation's public health care system and non-profit health care facilities that serve the poor and disabled populations. Since enactment, the ACA has resulted in more children and young adults having access to quality medical service to prevent and treat serious illnesses. Many low-income Americans are receiving more quality medical services than even before, slowly improving the nation's health status and longevity rates. With the recent actions by the Congress to not make any changes to this vital program, we can only hope that the Congress and the President will agree upon a compromise plan in the near future. Any efforts should be made to address concerns and improve the ACA rather than repeal it. That action would have a major impact on providers to provide quality health care to millions rather than increase the number of uninsured individuals with no access to care in the United States.

REFERENCES

- Bowen G. Recent Evidence on the ACA and Employment: Has the ACA Been a Job Killer? New York Times. February 15, 2017.
- Brill, S. (2015). America's bitter pill, money, politics, backroom deals, and the fight to fix our broken healthcare system. New York: Random House.
- Brooks, R. (2016). Understanding the affordable care act. New York: Robert Brooks.
- Glied, S., & Jackson, A. (2017 April). The future of the affordable care act and insurance coverage. American Journal of Public Health, 107(4), 538–540.
- Kaiser Family Foundation, Uninsured Rate Among the Nonelderly Population, 1972–2016. Menlo Park, CA : 2016.
- Katz M. Grading Obamacare: Success. Failures and Uncomplexities. New York Times. February 3, 2017a.
- Katz M. The Biggest Changes Obamacare Made, and Those That May Disappear. New York Times. January 13. 2017b. P 1.
- RAND. (2016). Effects of the ACA's Medicaid expansion on health insurance enrollment. Santa Monica: RAND.
- Rawal P.H. The Affordable Care Act: Examining the Facts: Examining the Facts. ABC-CLO. 2016.
- The Affordable Care Act of 2010. The U.S. Government Printing Office. Washington, D. C. 2010.

TRANSLATED VERSION: SPANISH

Below is a rough translation of the insights presented above. This was done to give a general understanding of the ideas presented in the paper. Please excuse any grammatical mistakes and do not hold the original authors responsible for these mistakes.

VERSION TRADUCIDA: ESPAÑOL

A continuación se muestra una traducción aproximada de las ideas presentadas anteriormente. Esto se hizo para dar una comprensión general de las ideas presentadas en el documento. Por favor, disculpe cualquier error gramatical y no responsabilite a los autores originales de estos errores.

INTRODUCCIÓN

El debate partidista sobre la Ley de Cuidado de Salud Asequible de 2010 (ACA) y las disposiciones incluidas en la ley ignoran el éxito de los logros de la nueva ley en el campo de la salud pública. Ha habido grandes avances en la salud pública en su conjunto, porque muchos estadounidenses de bajos ingresos sin seguro confiaron únicamente en la atención de emergencia correctiva. Esto fue un resultado directo de su incapacidad para pagar. En el marco de la ACA, obtuvieron acceso a la protección del seguro de salud, lo que les permitió garantizar una atención preventiva y oportuna de emergencia que beneficia a toda la sociedad. La ACA desarrolló estrategias innovadoras que dieron a estas mismas personas, cuando eran elegibles, la capacidad de obtener subsidios y créditos fiscales para que pudieran comprar un seguro de salud por primera vez (Glied & Jackson, 2017).

El seguro de salud no es lo mismo que la buena salud. Los datos actuales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades demuestran cómo el programa, a través de la ampliación de la cobertura, la vida prolongada de los pacientes redujo el número de personas que confiaron en nuestro sistema de salud pública para su atención médica básica y redujeron el número de personas no aseguradas en los Estados Unidos. (Fundación de la Familia Kaiser, 2016).

Por ejemplo, a partir de 2015, debido a la ACA, alrededor de 137 millones de estadounidenses tenían garantizados servicios preventivos sin compartir costos. Se requieren planes de seguro para grupos pequeños e individuales para cubrir 10 Beneficios de Salud Esenciales, tales como exámenes de presión arterial, visitas de cuidado de pozos, vacunas y cobertura preventiva de salud materna e infantil para mejorar la salud de los lactantes y los niños.

En consecuencia, esto ha ejercido menos presión sobre nuestro caprichoso sistema de atención de la salud pública. En los primeros 9 meses de 2016, solo el 8,8% de los estadounidenses carecía de cobertura de salud en comparación con más del 23% que carecía de seguro médico cuando el programa comenzó en 2010. Estos datos se basan en los datos de las encuestas de la Fundación de la Familia Kaiser. (Fundación de la Familia Kaiser, 2016).

La disposición de mandato individual bajo la ACA, requiere que todos los estadounidenses tengan seguro médico o paguen una multa (Brooks, 2016). Asegurar el seguro médico facilita el acceso a la atención médica que necesitan. En el pasado, los hospitales públicos y las clínicas eran el "proveedor de último recurso". Para aquellas personas que no podían pagar o no eran elegibles para Medicaid, la ACA proporcionó subsidios para la compra de planes de seguro médico privado. Las disposiciones de la ley de salud redujeron aún más el número de personas que no tenían seguro médico en su lugar de trabajo. La proporción de adultos desempleados disminuyó de 18,4 por ciento en 2013 al 9,3% en los primeros 9 meses de 2016. Una de las principales formas en que esto se logró es mediante la creación de mercados de seguros de salud en línea. Los subsidios gubernamentales permitieron a las personas obtener planes de seguro de salud a un costo más bajo de estos mercados de seguros. Como resultado, el número de personas que se declararon en bancarrota debido a su incapacidad para pagar las facturas de sus médicos y hospitales disminuyó drásticamente. (Katz, 2017a) La Ley de Cuidado de Salud Asequible hizo que el seguro de salud fuera alcanzable y asequible para muchos estadounidenses de bajos ingresos y discapacitados.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible proporcionó fondos federales adicionales de Medicaid para cubrir treinta y cinco planes estatales de Medicaid que aceptaron participar en el programa ampliado de Medicaid. Bajo este programa, la cobertura de Medicaid se amplió a cualquier estadounidense que ganara menos de \$ 16,000 por año como una sola persona o \$35,000 para una familia de cuatro (Rawal, 2016). La discordia política y el partidismo dieron lugar a que 16 gobiernos estatales se negaran a participar y no recibieran los fondos federales de Medicaid adicionales. Esta acción impidió la inscripción de más de 10,1 millones de estadounidenses de bajos ingresos, al programa Medicaid ampliado (Katz, 2017b).

Una de las innovaciones emblemáticas de la ley fue que impedía a las compañías de seguros de salud negar la cobertura o cobrar tarifas de seguro más altas a personas con una condición o condición de salud preexistente que requería tratamientos y procedimientos excesivos. Este programa de innovación ayudó a reducir el costo de los servicios hospitalarios, médicos y de laboratorio para las personas que son usuarios desproporcionados del sistema de atención médica. La ACA estableció un estándar para el paquete mínimo garantizado de beneficios ofrecidos por varias aseguradoras (Bowen, 2017). Esta disposición garantizaba además que los servicios preventivos de salud estarían disponibles en el plan de salud, sin copagos. La ACA de 2010, también permitió a los jóvenes permanecer en el plan de salud de sus padres hasta los 26 años. Esta disposición alentó a muchos a apoyar la reforma de la atención de la salud.

La ley hizo esfuerzos para asegurar que las personas sanas entraran en el mercado a través de una disposición de mandato individual. Esto requería que todos los estadounidenses tuvieran protección de seguro de salud y esas coberturas de estarían sujetas a un impuesto por el Servicio de Impuestos Internos (Ley de Cuidado de Salud Asequible, 2010).

Una provisión de la ACA subió impuestos a las personas con ingresos más altos con el fin de ayudar a financiar las nuevas disposiciones de atención médica que mejoran el acceso a los servicios de atención primaria. Además, mejorar los incentivos de reembolso para los hospitales que participan en el programa Medicare fue otra disposición importante. Estos nuevos incentivos se establecieron tanto para los hospitales como para los planes de salud del grupo de médicos, como incentivo para mejorar la calidad de la atención en los entornos sanitarios. Con el fin de promover una mayor calidad de la atención, estudió RAND, un centro de investigación de políticas de salud, exploró y presentó nuevas estrategias para reducir los reembolsos de Medicare y compensar a los proveedores por una mayor calidad de la atención (RAND, 2016). Las nuevas estrategias de pago de incentivos se han implementado y han logrado ahorros para el programa Medicare. Otras disposiciones importantes de la nueva ley impidieron que las compañías farmacéuticas realizaran pagos a médicos individuales y exigieron a los grandes restaurantes de cadena para publicar recuentos de calorías en sus menús.

La nueva ley de atención de la salud puso mayor énfasis en ampliar la disponibilidad de un seguro médico privado, pero a expensas de nuestro sistema de atención de salud pública existente. La mayoría de los gobiernos estatales y del condado han estado luchando para mantener sistemas de atención de salud pública de calidad (Brill, 2015). La expansión del programa Medicaid estatal a través de más fondos federales ayudó a los gobiernos estatales a aumentar el número de personas elegibles para la cobertura de Medicaid. La mayoría de estas personas fueron atendidas en hospitales privados y planes de salud grupales de médicos. El resultado ha sido que muchos estados y gobiernos del condado han cerrado Hospitales Generales Públicos y centros de salud comunitarios en sus comunidades. En consecuencia, una de las innovaciones exitosas actuales de la ACA, es la disponibilidad del mercado privado de atención de la salud, con una disminución en la utilización del sistema de salud pública para servir a nuestras poblaciones desatendidas. Por otro lado, este programa tuvo un impacto positivo en los hospitales y clínicas públicas porque muchos de sus pacientes ahora tenían los medios para pagar su atención en lugar de ser un caso de atención de caridad, o como lo describen los proveedores un caso de "no pagar", y una pérdida financiera para el proveedor. Este es sólo un ejemplo de cómo la ley aumentó el espíritu empresarial, a través de la expansión de pequeños planes de seguro de salud para cubrir más vidas de pacientes y competir mejor con los planes de salud más grandes. Otros ejemplos incluyen la capacidad de las empresas de investigación para competir por subvenciones de investigación y desarrollo de CMS para desarrollar enfoques innovadores para mejorar la calidad de la atención en los hospitales y desarrollar estrategias de reembolso de incentivos para reducir el costo de los programas Medicare y Medicaid.

CONCLUSIÓN

Los continuos esfuerzos para derogar y reemplazar la Ley de Cuidado de Salud Asequible proponen revertir las exitosas innovaciones de la ley, reduciendo el amplio impacto que esta ley ha logrado en la mejora del sistema de atención médica estadounidense. Cualquier derogación ejercería una mayor presión sobre el sistema de atención de salud pública de la nación y los centros de atención de salud sin fines de

lucro que atienden a las poblaciones pobres y discapacitadas. Desde su promulgación, la ACA ha dado lugar a que más niños y adultos jóvenes tengan acceso a un servicio médico de calidad para prevenir y tratar enfermedades graves. Muchos estadounidenses de bajos ingresos están recibiendo más servicios médicos de calidad que incluso antes, mejorando lentamente el estado de salud de la nación y las tasas de longevidad. Con las recientes acciones del Congreso para no hacer ningún cambio en este programa vital, sólo podemos esperar que el Congreso y el Presidente acuerden un plan de compromiso en un futuro próximo. Cualquier esfuerzo debe hacerse para abordar las preocupaciones y mejorar la ACA en lugar de derogarla. Esa acción tendría un impacto importante en los proveedores para proporcionar atención médica de calidad a millones en lugar de aumentar el número de personas no aseguradas sin acceso a la atención en los Estados Unidos.

TRANSLATED VERSION: FRENCH

Below is a rough translation of the insights presented above. This was done to give a general understanding of the ideas presented in the paper. Please excuse any grammatical mistakes and do not hold the original authors responsible for these mistakes.

VERSION TRADUITE: FRANÇAIS

Voici une traduction approximative des idées présentées ci-dessus. Cela a été fait pour donner une compréhension générale des idées présentées dans le document. Veuillez excuser toutes les erreurs grammaticales et ne pas tenir les auteurs originaux responsables de ces erreurs.

INTRODUCTION

Le débat partisan sur la Loi de 2010 sur les soins abordables (ACA) et les dispositions incluses dans la loi ne tiennent pas compte du succès des réalisations de la nouvelle loi dans le domaine de la santé publique. Il y a eu de grands progrès dans la santé publique dans son ensemble, parce que beaucoup d'Américains non assurés à faible revenu dépendaient uniquement des soins d'urgence correctifs. C'était le résultat direct de leur incapacité de payer. En vertu de l'aca, ils ont obtenu l'accès à une protection d'assurance maladie leur permettant d'obtenir des soins préventifs et d'urgence en temps opportun au profit de toute la société. L'ACA a élaboré des stratégies novatrices qui ont permis à ces mêmes personnes, lorsqu'elles étaient admissibles, d'obtenir des subventions et des crédits d'impôt afin qu'elles puissent souscrire une assurance maladie pour la première fois (Glied et Jackson, 2017).

L'assurance maladie n'est pas la même chose qu'une bonne santé. Les données actuelles des Centers for Disease Control and Prevention montrent comment le programme, grâce à l'élargissement de la couverture, a permis de réduire le nombre de personnes qui comptaient sur notre système de santé publique pour leurs soins médicaux de base et de réduire le nombre de non-assurés aux États-Unis. (Kaiser Family Foundation, 2016).

Par exemple, en 2015, grâce à l'aca, environ 137 millions d'Américains se sont vu garantir des services préventifs sans partage des coûts. Les régimes d'assurance en petits groupes et individuels sont nécessaires pour couvrir 10 prestations de santé essentielles telles que les dépistages de la tension artérielle, les visites de puits, les vaccins et la couverture préventive de santé maternelle et infantile afin d'améliorer la santé des nourrissons et des enfants.

Par conséquent, cela a mis moins de pression sur notre système de soins de santé public capricieux. Au cours des 9 premiers mois de 2016, seulement 8,8 % des Américains n'avaient pas de couverture santé, comparativement à plus de 23 % qui n'avaient pas d'assurance maladie lorsque le programme a commencé en 2010. Ces données sont basées sur les données de l'enquête de la Kaiser Family Foundation. (Kaiser Family Foundation, 2016).

La disposition relative au mandat individuel en vertu de l'aca exige que tous les Américains aient une assurance maladie ou paient une amende (Brooks, 2016). L'obtention d'une assurance médicale facilite l'accès aux soins médicaux dont ils ont besoin. Dans le passé, les hôpitaux et cliniques publics étaient le «

fournisseur de dernier recours ». Pour les personnes qui ne pouvaient pas se permettre ou qui n'étaient pas admissibles à Medicaid, l'aca a accordé des subventions pour l'achat de régimes privés d'assurance maladie. Les dispositions de la loi sur la santé ont encore réduit le nombre de personnes qui n'avaient pas d'assurance maladie sur leur lieu de travail. La proportion d'adultes sans emploi est passée de 18,4 % en 2013 à 9,3 % au cours des 9 premiers mois de 2016. L'une des principales façons d'y parvenir est la création de marchés de l'assurance maladie en ligne. Les subventions gouvernementales ont permis aux particuliers d'obtenir des régimes d'assurance maladie à moindre coût de ces marchés d'assurance. Par conséquent, le nombre de personnes qui ont déposé leur bilan en raison de leur capacité à payer leurs factures de médecin et d'hôpital a fortement diminué. (Katz, 2017a) L'Affordable Care Act a rendu l'assurance maladie réalisable et abordable pour de nombreux Américains à faible revenu et handicapés.

L'Affordable Care Act a fourni des fonds fédéraux supplémentaires Medicaid pour couvrir trente-cinq plans medicaid de l'État qui ont accepté de participer au programme élargi Medicaid. Dans le cadre de ce programme, la couverture Medicaid a été étendue à tout Américain gagnant moins de 16 000 \$ par année en tant que personne seule ou 35 000 \$ pour une famille de quatre personnes (Rawal, 2016). La discorde politique et la partisanerie ont fait en sorte que 16 gouvernements d'État ont refusé de participer et n'ont pas reçu les fonds fédéraux supplémentaires de Medicaid. Cette mesure a empêché l'inscription de plus de 10,1 millions d'Américains à faible revenu au programme élargi Medicaid (Katz, 2017b).

L'une des innovations phares de la loi était qu'elle empêchait les compagnies d'assurance maladie de refuser la couverture ou de facturer des taux d'assurance plus élevés aux personnes ayant un état de santé ou un état de santé préexistant qui nécessitaient des traitements et des procédures excessifs. Ce programme d'innovation a permis de réduire le coût des services hospitaliers, médicaux et de laboratoire pour les personnes qui sont des utilisateurs disproportionnés du système de soins de santé. L'ACA a établi une norme pour le forfait minimum garanti d'avantages offerts par divers assureurs (Bowen, 2017). Cette disposition garantissait en outre que des services de santé préventifs seraient disponibles dans le régime de santé, sans qu'il y ait de co-paiements. L'ACA de 2010 a également permis aux jeunes de demeurer sur le plan de santé de leurs parents jusqu'à l'âge de 26 ans. Cette disposition a encouragé beaucoup à soutenir la réforme des soins de santé.

La loi s'est efforcée de s'assurer que les personnes en bonne santé entreraient sur le marché par le biais d'une disposition relative aux mandats individuels. Cela exigeait que tous les Américains aient une protection d'assurance maladie et que ceux qui avaient une couverture de protection serait assujetti à une taxe par l'Internal Revenue Service (Affordable Care Act, 2010).

Une disposition de l'aca a augmenté les impôts sur les personnes à revenu élevé afin d'aider à financer les nouvelles dispositions relatives aux soins de santé améliorant l'accès aux services de soins primaires. En outre, l'amélioration des incitatifs au remboursement pour les hôpitaux participant au programme d'assurance-maladie était une autre disposition importante. Ces nouvelles mesures incitatives ont été mises en place pour les hôpitaux et les régimes de santé des groupes de médecins, afin d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de soins de santé. Afin de promouvoir une meilleure qualité des soins, RAND, un centre de recherche sur les politiques de santé, a exploré et présenté de nouvelles stratégies pour réduire les remboursements de l'assurance-maladie et indemniser les prestataires pour une meilleure qualité des soins (RAND, 2016). Les nouvelles stratégies de paiement incitatif ont été mises en œuvre et ont permis d'économiser pour le programme d'assurance-maladie. D'autres dispositions importantes de la nouvelle loi ont empêché les compagnies pharmaceutiques de faire des paiements à des médecins individuels et ont exigé des grands restaurants à succursales qu'ils publient des dénombrements de calories sur leurs menus.

La nouvelle loi sur les soins de santé mettait davantage l'accent sur l'élargissement de la disponibilité de l'assurance maladie privée, mais au détriment de notre système public de soins de santé actuel. La plupart des gouvernements des États et des comtés ont lutté pour maintenir des systèmes de santé publics de qualité (Brill, 2015). L'expansion du programme Medicaid de l'État grâce à plus de fonds fédéraux a aidé les gouvernements des États à augmenter le nombre de personnes admissibles à la couverture Medicaid. La plupart de ces personnes ont été servies dans des hôpitaux privés et des régimes de santé collectifs de médecins. Le résultat a été que de nombreux États et gouvernements de comté ont fermé les hôpitaux généraux publics et les centres de santé communautaire dans leurs communautés. Par conséquent, l'une des

innovations actuelles réussies de l'aca est la disponibilité du marché privé des soins de santé, avec une diminution de l'utilisation du système de santé publique pour servir nos populations mal desservies. D'autre part, ce programme a eu un impact positif sur les hôpitaux et les cliniques publics parce que bon nombre de leurs patients avaient maintenant les moyens de payer pour leurs soins plutôt que d'être un cas de soins de bienfaisance, ou comme décrit par les fournisseurs un cas de « non-salaire » et une perte financière pour le fournisseur. Ce n'est là qu'un exemple de la façon dont la loi a accru l'entrepreneuriat, en élargissant les petits régimes d'assurance-maladie afin de couvrir plus de vies de patients et de mieux concurrencer les régimes de santé plus importants. Parmi les autres exemples, mentionnons la capacité des entreprises de recherche à faire concurrence pour obtenir des subventions de recherche et développement de la SMC afin d'élaborer des approches novatrices visant à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et d'élaborer des stratégies de remboursement incitatif pour réduire le coût des programmes Medicare et Medicaid.

CONCLUSION

Les efforts continus visant à abroger et à remplacer l'Affordable Care Act proposent de faire reculer les innovations réussies de la loi, réduisant ainsi l'impact considérable que cette loi a obtenu pour améliorer le système de soins de santé américain. Toute abrogation exercerait une pression accrue sur le système de santé public du pays et les établissements de soins de santé à but non lucratif qui desservent les populations pauvres et handicapées. Depuis son adoption, l'aca a permis à un plus grand nombre d'enfants et de jeunes adultes d'avoir accès à des services médicaux de qualité pour prévenir et traiter les maladies graves. Beaucoup d'Américains à faible revenu reçoivent plus de services médicaux de qualité qu'avant même, améliorant lentement l'état de santé et les taux de longévité de la nation. Avec les récentes mesures prises par le Congrès pour ne pas apporter de changements à ce programme vital, nous ne pouvons qu'espérer que le Congrès et le Président s'entendent sur un plan de compromis dans un proche avenir. Tout effort devrait être fait pour répondre aux préoccupations et améliorer l'aca plutôt que de l'abroger. Cette mesure aurait un impact majeur sur les fournisseurs de fournir des soins de santé de qualité à des millions de personnes plutôt que d'augmenter le nombre de personnes non assurées qui n'ont pas accès aux soins aux États-Unis.

TRANSLATED VERSION: GERMAN

Below is a rough translation of the insights presented above. This was done to give a general understanding of the ideas presented in the paper. Please excuse any grammatical mistakes and do not hold the original authors responsible for these mistakes.

ÜBERSETZTE VERSION: DEUTSCH

Hier ist eine ungefähre Übersetzung der oben vorgestellten Ideen. Dies wurde getan, um ein allgemeines Verständnis der in dem Dokument vorgestellten Ideen zu vermitteln. Bitte entschuldigen Sie alle grammatikalischen Fehler und machen Sie die ursprünglichen Autoren nicht für diese Fehler verantwortlich.

EINLEITUNG

Die parteipolitische Debatte über den Affordable Care Act von 2010 (ACA) und die Bestimmungen des Gesetzes ignorieren den Erfolg der Errungenschaften des neuen Gesetzes im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Es gab große Fortschritte in der öffentlichen Gesundheit insgesamt, weil viele einkommensschwache, nicht versicherte Amerikaner ausschließlich auf die Notfallversorgung angewiesen waren. Dies war eine direkte Folge ihrer Zahlungsunfähigkeit. Im Rahmen der ACA erhielten sie Zugang zu Krankenversicherungsschutz, der es ihnen ermöglichte, eine vorbeugende und rechtzeitige

Notfallversorgung zugunsten der gesamten Gesellschaft zu gewährleisten. Die ACA entwickelte innovative Strategien, die denselben Personen, wenn sie förderfähig sind, die Möglichkeit gaben, Subventionen und Steuergutschriften zu erhalten, damit sie zum ersten Mal eine Krankenversicherung abschließen können (Glied & Jackson, 2017).

Krankenversicherung ist nicht dasselbe wie gute Gesundheit. Aktuelle Daten der Centers for Disease Control and Prevention zeigen, wie das Programm durch die Ausweitung der Abdeckung die Anzahl der Personen, die sich für ihre medizinische Grundversorgung auf unser öffentliches Gesundheitssystem verließen, reduzierte und die Zahl der Nichtversicherten in den Vereinigten Staaten reduzierte. (Kaiser Family Foundation, 2016).

So wurden 2015 wegen der ACA rund 137 Millionen Amerikanern präventive Dienstleistungen ohne Kostenteilung garantiert. Kleine Gruppen- und Einzelversicherungen sind erforderlich, um 10 wesentliche Gesundheitsleistungen wie Blutdruckuntersuchungen, Brunnenbesuche, Impfstoffe und vorbeugende Mütter- und Kinderkrankenversicherung abzudecken, um die Gesundheit von Säuglingen und Kindern zu verbessern.

Folglich hat dies weniger Druck auf unser launisches öffentliches Gesundheitssystem ausgeübt. In den ersten neun Monaten des Jahres 2016 fehlten nur 8,8 % der Amerikaner ohne Krankenversicherung, verglichen mit über 23 % ohne Krankenversicherung, als das Programm 2010 begann. Diese Daten basieren auf Umfragedaten der Kaiser Family Foundation. (Kaiser Family Foundation, 2016).

Die individuelle Mandatsbestimmung im Rahmen der ACA verpflichtet alle Amerikaner, eine Krankenversicherung zu haben oder eine Geldstrafe zu zahlen (Brooks, 2016). Die Sicherung der Krankenversicherung erleichtert den Zugang zu der medizinischen Versorgung, die sie benötigen. In der Vergangenheit waren öffentliche Krankenhäuser und Kliniken der "Anbieter letzter Instanz". Für Personen, die sich Medicaid nicht leisten konnten oder nicht in Anspruch hatten, gewährte die ACA Zuschüsse für den Kauf privater Krankenversicherungen. Die Bestimmungen des Gesundheitsrechts haben die Zahl der Personen, die am Arbeitsplatz keine Krankenversicherung hatten, weiter reduziert. Der Anteil der arbeitslosen Erwachsenen sank von 18,4 Prozent im Jahr 2013 auf 9,3 Prozent in den ersten neun Monaten 2016. Eine der wichtigsten Möglichkeiten, dies zu erreichen, ist die Schaffung von Online-Krankenversicherungsmärkten. Staatliche Subventionen ermöglichten es Einzelpersonen, Krankenversicherungspläne zu niedrigeren Kosten von diesen Versicherungsmärkten zu erhalten. Infolgedessen ging die Zahl der Personen, die Konkurs anmelden, weil sie in der Lage sind, für ihren Arzt und die Krankenhausrechnungen zu bezahlen, stark zurück. (Katz, 2017a) Der Affordable Care Act machte eine Krankenversicherung für viele einkommensschwache und behinderte Amerikaner erreichbar und erschwinglich.

Das Affordable Care Act stellte zusätzliche Medicaid-Mittel des Bundes zur Verfügung, um fünfunddreißig staatliche Medicaid-Pläne abzudecken, die sich bereit erklärten, am erweiterten Medicaid-Programm teilzunehmen. Im Rahmen dieses Programms wurde die Medicaid-Abdeckung auf alle Amerikaner ausgeweitet, die weniger als 16.000 US-Dollar pro Jahr als Einzelperson oder 35.000 US-Dollar für eine vierköpfige Familie verdienen (Rawal, 2016). Politische Zwietracht und Parteilichkeit führten dazu, dass 16 Staatsregierungen sich weigerten, sich zu beteiligen und die zusätzlichen Medicaid-Bundemittel nicht erhielten. Diese Aktion verhinderte die Einschreibung von über 10,1 Millionen Amerikanern mit niedrigem Einkommen in das erweiterte Medicaid-Programm (Katz, 2017b).

Eine der charakteristischen Neuerungen des Gesetzes war, dass es Die Krankenkassen daran hinderte, Personen mit einer bereits bestehenden Erkrankung oder einem Gesundheitszustand, die übermäßige Behandlungen und Verfahren erforderten, den Versicherungsschutz zu verweigern oder höhere Versicherungssätze zu verlangen. Dieses Innovationsprogramm trug dazu bei, die Kosten für Krankenhaus-, Arzt- und Labordienstleistungen für Personen zu senken, die unverhältnismäßig viele Nutzer des Gesundheitssystems sind. Die ACA setzte einen Standard für das garantierte Mindestleistungspaket verschiedener Versicherer (Bowen, 2017). Diese Bestimmung garantierte ferner, dass im Gesundheitsplan vorbeugende Gesundheitsdienste ohne Zuzahlungen zur Verfügung stehen. Die ACA von 2010 erlaubte es auch jungen Menschen, bis zum Alter von 26 Jahren im Gesundheitsplan ihrer Eltern zu bleiben. Diese Bestimmung ermutigte viele, die Gesundheitsreform zu unterstützen.

Das Gesetz bemühte sich, sicherzustellen, dass gesunde Menschen durch eine individuelle Mandatsbestimmung auf den Markt gelangen. Dies erforderte, dass alle Amerikaner einen Krankenversicherungsschutz haben mussten und diejenigen, die den Versicherungsschutz ablehnten, einer Steuer durch den Internal Revenue Service (Affordable Care Act, 2010) unterliegen würden.

Eine Bestimmung der ACA erhöhte die Steuern für Personen mit höherem Einkommen, um die neuen Gesundheitsversorgungsbestimmungen zu finanzieren, die den Zugang zu Primärversorgungsdiensten verbesserten. Darüber hinaus war die Verbesserung der Erstattungsanreize für Krankenhäuser, die am Medicare-Programm teilnehmen, eine weitere wichtige Bestimmung. Diese neuen Anreize wurden sowohl für Krankenhäuser als auch für Gesundheitspläne von Ärztegruppen geschaffen, um die Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Um eine höhere Qualität der Versorgung zu fördern, hat die Studie von RAND, einem forschungszentrum für Gesundheitspolitik, neue Strategien zur Senkung der Medicare-Rückerstattungen und zur Entschädigung von Anbietern für eine höhere Qualität der Versorgung untersucht und vorgestellt (RAND, 2016). Die neuen Incentive-Zahlungsstrategien wurden umgesetzt und haben Einsparungen für das Medicare-Programm erzielt. Andere wichtige Bestimmungen des neuen Gesetzes hinderten Pharmaunternehmen daran, Zahlungen an einzelne Ärzte zu leisten, und verlangten von großen Kettenrestaurants, Kalorienzähler auf ihren Speisekarten zu veröffentlichen.

Das neue Gesundheitsgesetz hat mehr Gewicht auf die Ausweitung der Verfügbarkeit privater Krankenversicherungen gelegt, aber auf Kosten unseres bestehenden öffentlichen Gesundheitssystems. Die meisten Regierungen der Bundesstaaten und Countys haben sich bemüht, die Qualität der öffentlichen Gesundheitssysteme aufrechtzuerhalten (Brill, 2015). Die Ausweitung des staatlichen Medicaid-Programms durch mehr Bundesmittel half den Regierungen der Bundesstaaten, die Zahl der Personen, die für die Medicaid-Abdeckung in Frage kommen, zu erhöhen. Die meisten dieser Personen wurden in privaten Krankenhäusern und Ärzte Gruppe Gesundheitspläne serviert. Das Ergebnis war, dass viele Staaten und Bezirksregierungen öffentliche allgemeine Krankenhäuser und kommunale Gesundheitszentren in ihren Gemeinden geschlossen haben. Folglich ist eine der derzeit erfolgreichen Innovationen der ACA die Verfügbarkeit des privaten Gesundheitsmarktes, mit einem Rückgang der Nutzung des öffentlichen Gesundheitssystems, um unseren unterversorgten Bevölkerungen zu dienen. Auf der anderen Seite hatte dieses Programm einen positiven Einfluss auf öffentliche Krankenhäuser und Kliniken, weil viele ihrer Patienten jetzt die Mittel hatten, für ihre Pflege zu bezahlen, anstatt es sich um einen Wohltätigkeitsfall zu handeln, oder wie von den Anbietern als "No Pay"-Fall beschrieben, und ein finanzieller Verlust für den Anbieter. Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie das Gesetz das Unternehmertum steigerte, indem es kleine Krankenversicherungen ausweitete, um mehr Patientenleben abzudecken und besser mit den größeren Gesundheitsplänen zu konkurrieren. Weitere Beispiele waren die Fähigkeit von Forschungsunternehmen, um CMS-Forschungs- und Entwicklungsstipendien zu konkurrieren, um innovative Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern zu entwickeln und Strategien zur Erstattung von Anreizen zu entwickeln, um die Kosten für die Medicare- und Medicaid-Programme zu senken.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die fortgesetzten Bemühungen, den Affordable Care Act aufzuheben und zu ersetzen, schlagen vor, die erfolgreichen Innovationen des Gesetzes rückgängig zu machen und die umfangreichen Auswirkungen dieses Gesetzes auf die Verbesserung des amerikanischen Gesundheitssystems zu verringern. Jede Aufhebung würde das öffentliche Gesundheitssystem des Landes und gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen, die den armen und behinderten Bevölkerungsgruppen dienen, stärker unter Druck setzen. Seit seinem Erlass hat die ACA dazu geführt, dass mehr Kinder und junge Erwachsene Zugang zu qualitativ hochwertigen medizinischen Dienstleistungen haben, um schwere Krankheiten zu verhindern und zu behandeln. Viele Einkommensschwache Amerikaner erhalten mehr qualitativ hochwertige medizinische Dienstleistungen als noch nie zuvor, was den Gesundheitszustand und die Langlebigkeitsraten des Landes langsam verbessert. Angesichts der jüngsten Maßnahmen des Kongresses, an diesem wichtigen Programm keine Änderungen vorzunehmen, können wir nur hoffen, dass sich der

Kongress und der Präsident in naher Zukunft auf einen Kompromissplan einigen werden. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um Bedenken auszuräumen und die ACA zu verbessern, anstatt sie aufzuheben. Diese Maßnahme hätte erhebliche Auswirkungen auf die Anbieter, Millionen von Menschen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten, anstatt die Zahl der nicht versicherten Personen ohne Zugang zu Medizinischer Versorgung in den Vereinigten Staaten zu erhöhen.

TRANSLATED VERSION: PORTUGUESE

Below is a rough translation of the insights presented above. This was done to give a general understanding of the ideas presented in the paper. Please excuse any grammatical mistakes and do not hold the original authors responsible for these mistakes.

VERSÃO TRADUZIDA: PORTUGUÊS

Aqui está uma tradução aproximada das ideias acima apresentadas. Isto foi feito para dar uma compreensão geral das ideias apresentadas no documento. Por favor, desculpe todos os erros gramaticais e não responsabilize os autores originais responsáveis por estes erros.

INTRODUÇÃO

O debate partidário sobre a Affordable Care Act de 2010 (ACA) e as disposições incluídas na lei ignoram o sucesso das conquistas da nova lei no domínio da saúde pública. Tem havido grandes progressos na saúde pública no seu conjunto, porque muitos americanos sem seguro de baixos rendimentos dependiam apenas de cuidados de emergência corretivas. Este foi um resultado direto da sua incapacidade de pagar. No âmbito da ACA, obtiveram acesso à proteção do seguro de saúde, permitindo-lhes assegurar cuidados de emergência preventivos e oportunos, beneficiando toda a sociedade. A ACA desenvolveu estratégias inovadoras que deram a estes mesmos indivíduos, quando elegíveis, a capacidade de obter subsídios e créditos fiscais para que pudessem adquirir um seguro de saúde pela primeira vez (Glied & Jackson, 2017).

O seguro de saúde não é a mesma coisa que uma boa saúde. Os dados atuais dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças demonstram como o programa, através da expansão da cobertura, prolongou a vida dos doentes, reduzindo o número de indivíduos que dependiam do nosso sistema de saúde pública para os seus cuidados médicos básicos e reduzia o número de pessoas sem seguro nos Estados Unidos. (Kaiser Family Foundation, 2016).

Por exemplo, a partir de 2015, por causa da ACA, cerca de 137 milhões de americanos foram garantidos serviços preventivos sem partilha de custos. Os pequenos planos de seguro de grupo e de seguro são necessários para cobrir 10 Benefícios Essenciais para a Saúde, tais como rastreios da tensão arterial, visitas de cuidados de saúde, vacinas e cobertura preventiva de saúde materna e infantil para melhorar a saúde dos bebés e das crianças.

Por conseguinte, isto colocou menos pressão sobre o nosso caprichoso sistema de saúde pública. Nos primeiros 9 meses de 2016, apenas 8,8% dos americanos não tinham cobertura de saúde em comparação com mais de 23% de falta de seguro de saúde quando o programa começou em 2010. Estes dados baseiam-se em dados de pesquisa da Kaiser Family Foundation. (Kaiser Family Foundation, 2016).

A disposição de mandato individual ao abrigo da ACA, exige que todos os americanos tenham seguro de saúde ou paguem uma multa (Brooks, 2016). Garantir o seguro médico facilita o acesso aos cuidados médicos de que precisam. No passado, os hospitais e clínicas públicas eram o "provedor de último recurso". Para os indivíduos que não puderam pagar ou não eram elegíveis para a Medicaid, a ACA concedeu subsídios para a compra de planos de seguro de saúde privados. As disposições da lei da saúde reduziram ainda mais o número de pessoas que não tinham seguro de saúde no seu local de trabalho. A percentagem de desempregados diminuiu de 18,4% em 2013 para 9,3% nos primeiros 9 meses de 2016. Uma das principais formas de o conseguir foi através da criação de mercados de seguros de saúde online. Os subsídios governamentais permitiram que os indivíduos obtivessem planos de seguro de saúde a um custo

mais baixo destes mercados de seguros. Como resultado, o número de pessoas que pediram falência devido à sua capacidade de pagar as contas dos seus médicos e hospitais diminuiu drasticamente. (Katz, 2017a) O Affordable Care Act tornou o seguro de saúde exequível e acessível para muitos americanos com baixos rendimentos e deficientes.

O Affordable Care Act forneceu fundos adicionais de Medicaid para cobrir 35 planos estatais de medicação que concordaram em participar no programa expandido medicaid. Ao abrigo deste programa, a cobertura do Medicaid foi expandida para qualquer americano ganhando menos de \$ 16.000 por ano como uma única pessoa ou \$35.000 para uma família de quatro (Rawal, 2016). A discórdia política e o partidário resultaram em 16 Governos estaduais que se recusaram a participar e não receber os fundos adicionais da Medicaid Federal. Esta ação impediu a inscrição de mais de 10,1 milhões de americanos de baixo rendimento, para o programa medicaid expandido (Katz, 2017b).

Uma das inovações da lei foi o facto de ter impedido as companhias de seguros de saúde de negar cobertura ou cobrar taxas de seguro mais elevadas a indivíduos com uma condição pré-existente ou condição de saúde que exigisse tratamentos e procedimentos excessivos. Este programa de inovação ajudou a reduzir o custo dos serviços hospitalares, médicos e laboratoriais para os indivíduos que são utilizadores desproporcionados do sistema de saúde. A ACA estabeleceu um padrão para o pacote mínimo garantido de benefícios oferecido por várias seguradoras (Bowen, 2017). Esta disposição garantiu ainda que os serviços de saúde preventivos estariam disponíveis no plano de saúde, sem copagamentos. A ACA de 2010, também permitiu que os jovens permanecessem no plano de saúde dos pais até aos 26 anos. Esta disposição incentivou muitos a apoiar a reforma dos cuidados de saúde.

A lei envidou esforços para garantir que pessoas saudáveis entrassem no mercado através de uma disposição de mandato individual. Isto exigia que todos os americanos tivessem proteção do seguro de saúde e aqueles que estavam sujeitos a um imposto pelo Internal Revenue Service (Affordable Care Act, 2010).

Uma das disposições da ACA aumentou os impostos sobre os indivíduos com rendimentos mais elevados, a fim de ajudar a financiar as novas disposições relativas aos cuidados de saúde, melhorando o acesso aos serviços de cuidados primários. Além disso, a melhoria dos incentivos ao reembolso dos hospitais que participam no programa Medicare foi outra disposição importante. Estes novos incentivos foram criados tanto para os hospitais como para os planos de saúde do grupo médico, como um incentivo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em contextos de cuidados de saúde. De forma a promover uma maior qualidade de cuidados, a STUDIE da RAND, um centro de investigação em política de saúde, explorou e apresentou novas estratégias para reduzir os reembolsos da Medicare e compensar os prestadores de cuidados de maior qualidade (RAND, 2016). As novas estratégias de pagamento de incentivos foram implementadas e conseguiram poupanças para o programa Medicare. Outras disposições importantes da nova lei impediram as empresas farmacêuticas de fazer pagamentos a médicos individuais e obrigaram os restaurantes de grandes cadeias a publicar em seus menus as contagens de calorias.

A nova lei dos cuidados de saúde colocou maior ênfase na expansão da disponibilidade de seguros de saúde privados, mas à custa do nosso sistema de saúde pública existente. A maioria dos governos estaduais e municipais têm lutado para manter sistemas de saúde pública de qualidade (Brill, 2015). A expansão do programa estatal de Medicaid através de mais fundos federais ajudou os governos estaduais a aumentar o número de indivíduos elegíveis para cobertura medicaid. A maioria destes indivíduos foi servida em hospitais privados e médicos agrupam planos de saúde. O resultado tem sido que muitos governos de Estados e condados fecharam hospitais públicos gerais e centros de saúde comunitários nas suas comunidades. Consequentemente, uma das atuais inovações bem sucedidas da ACA, é a disponibilidade do mercado privado de cuidados de saúde, com uma diminuição da utilização do sistema público de saúde para servir as nossas populações desfavorecidas. Por outro lado, este programa teve um impacto positivo nos hospitais e clínicas públicas porque muitos dos seus pacientes tinham agora os meios para pagar os seus cuidados em vez de ser um caso de cuidados de caridade, ou como descrito pelos prestadores um caso "sem pagamento", e uma perda financeira para o prestador. Este é apenas um exemplo de como a lei aumentou o empreendedorismo, através da expansão de pequenos planos de seguro de saúde para cobrir mais vidas de doentes e melhor competir com os planos de saúde maiores. Outros exemplos incluíram a capacidade das

empresas de investigação de concorrerem a bolsas de investigação e desenvolvimento da CMS para desenvolverem abordagens inovadoras para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais e desenvolver estratégias de reembolso de incentivos para reduzir os custos para os programas Medicare e Medicaid.

CONCLUSÃO

Os esforços contínuos para revogar e substituir o Affordable Care Act propõem reverter as inovações bem sucedidas da lei, reduzindo o amplo impacto que esta lei alcançou na melhoria do sistema de saúde americano. Qualquer revogação colocaria maior pressão sobre o sistema de saúde pública do país e instalações de saúde sem fins lucrativos que servem as populações pobres e deficientes. Desde a promulgação, a ACA tem resultado em mais crianças e jovens adultos terem acesso a um serviço médico de qualidade para prevenir e tratar doenças graves. Muitos americanos de baixos rendimentos estão a receber mais serviços médicos de qualidade do que antes, melhorando lentamente o estado de saúde e as taxas de longevidade da nação. Com as recentes ações do Congresso para não fazer qualquer alteração a este programa vital, só podemos esperar que o Congresso e o Presidente cheguem a acordo sobre um plano de compromisso num futuro próximo. Devem ser ensomê-la todos os esforços para resolver as preocupações e melhorar a ACA, em vez de a revogar. Esta ação teria um grande impacto sobre os prestadores de cuidados de saúde de qualidade a milhões de pessoas, em vez de aumentar o número de pessoas sem seguro sem acesso a cuidados de saúde nos Estados Unidos.