Политика финансирања здравствене заштите у САД

Ибрахим Тотић¹

Health Care Financing Policy in the Us

Ibrahim Totić

Сажетак: У овом раду акцентирано је спровођење политике владе Сједињених Америчких Држава чији је примарни циљ обухватна здравствена заштита грађана и смањење високих здравствених трошкова. Влада у јавном сектору обезбеђује између 60 и 65% средстава за финансирање здравствене потрошње. Средства се усмеравају на финансирање различитих програма од којих су доминантни Медикер (Medicare) и Медикејд (Medicaid) програми, Програм здравственог осигурања деце и Програм Управе за здравствену заштиту ратних ветерана. Здравствена политика још увек најразвијеније економије на свету, заснована је на релевантним показатељима који притискају владу али и приватни сектор, да конципирају и усвајају конкретне програме здравствене заштите. Здравствена политика је политика будућности, упућена на достигнућа савремене медицинске науке, на ригорозно контролисање финансијских токова и на правовремену примену фармаколошких и техно-економских процедура.

Неупућенима може звучати невероватно да у Сједињеним Америчким Државама до краја 2009. године, преко 50 милиона грађана (или 16,7% становништва) није поседовало ниједан облик здравственог осигурања. И поред тога, према укупним јавним здравственим расходима оне су заузимале врло високу трећу позицију на свету. Податак који изазива неверицу, а при том ништа не мења, јесте да Сједињене Америчке Државе за здравствену заштиту на годишњем нивоу, троше више новца по осигуранику (7.960 UCA \$), него било која друга држава свету. Нарочито су високи трошкови

Summary: This paper accentuated the implementation of the policy of the United States whose primary goal is comprehensive health care for citizens and reduce the high medical expenses. Government in the public sector provides between 60 and 65% of funding for health care spending. Funds are directed to finance various programs of which the dominant Medikar (Medicare) and Medikaid (Medicaid) programs, children's health insurance program and the program of the health care of veterans. Health policy is still the most developed economy in the world, based on relevant indicators of government pressure and private sector, to conceptualize and adopt specific health care programs. Health policy is the policy of the future, addressed to the achievements of modern medical science, the rigorous control of financial flows and the timely implementation of pharmacological and technoeconomic procedures.

Uninitiated may sound unbelievable, that in the United States to the end of 2009. year, over 50 million people (or 16.7% of the population) is not possessed any form of health insurance. Nevertheless, the total public health expenditure they occupy a very high third place in the world. The fact that causes disbelief and thereby does not change is that the United States for health care annually, spending more money per insured (US \$ 7.960) than any other state in the world. In particular, the high cost of direct medical services, pharmaceutical procedures and administrative costs. They are causing a growing number of bankruptcies of insurance companies and health insurance funds and increased the number of uninsured citizens.

1 Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзите у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

директних медицинских услуга, фармацеутских процедура и административни трошкови. Они су узрок све већем броју банкрота осигуравајућих друштава и фондова здравственог осигурања и повећаном броју неосигураних грађана.

Кључне речи: Здравствена политика, здравствена заштита, финансирање, потрошња, обухватност.

Увод

Здравље људи у свакој држави зависи од политике и стратегије владе, од успеха реализованих здравствених програма и од правилног руковања расположивим потенцијалима. Свака од ових компоненти појединачно, а нарочито у комбинацији са другима, доприноси увећању степена здравствене вредности. Сврха здравствене политике владе Сједињених Америчких Држава је прецизно дефинисање детерминанти здравља, спровођење утврђених програма и мера које су под контролом официјелне политике и унапређење фактора чије деловање повољно утиче на квалитет здравља становништва. Она је суштински, релевантан фактор и њен основни задатак је да кориснике здравствене заштите ослободи површне тезе и сталног уверавања да њихово здравље зависи искључиво од ангажовања здравственог сектора. То није и не може бити тачно. Тиме се *prima facie* непотребно заклања истина да у великој мери услове живота и квалитет здравља уређују политички, друштвени и економски фактори и да од њих зависи конципирање и реализација модерних здравствених програма и примена савремених модела који доприносе унапређењу квалитета здравствене заштите.

Многи аналитичари сматрају да Сједињене Америчке Државе, које све вреднују новцем, треба да одступе од те философије, макар када је у питању вредновање живота и здравља грађана. На пример, велика непокривеност здравственим осигурањем није проблем, ако се он жели решити на прави начин. Такође, неједнакост у третману здравствених осигураника због њиховог припадања појединим, а посебно вулнерабилним категоријама, не би

Key words: Health policy, health care, finance, consumption, coverage.

такође била проблем да је више воље да се људи *an masse* једнако вреднују. Сједињене Америчке Државе су дуго година биле једина високоразвијена, индустријска држава која није обезбеђивала услове у којима би сви грађани имали здравствену заштиту (јавно, односно државно осигурање или неку врсту приватног осигурања)¹. Дубља анализа тог и таквих проблема показује да критичари здравствене политике почињу сами себи да сметају. Наиме, њих брине то што у америчком здравству старија и болеснија популација обилато користи средства запослених (и богатих) слојева становништва. По њиховом мишљењу, то је неправилна расподела буџетских средстава. У реду или О. К. Па чему онда толика брига око продужетка животног века америчком грађанину. Многи аналитичари, нарочито они критички настројени, немају одговор на питање зашто се њихово становништво према дужини животног века налази тек на 42 месту на свету². Ако се у томе Сједињене Америчке Државе упоређују са у другим индустријализованим земљама (Јапан, Француска, Немачка, Велика Британија), онда су далеко иза њих... чак су далеко и иза земаља које нису тако развијене, на пример, Чиле који заузима 35 или Куба 37 место³. Да ли амерички грађани могу да замисле да се најдуже на свету живи у малој Андори, за коју преко 90% њих не зна где се налази или није никада чуло. Тамо је просечан животни век 83,5 година⁴.

У Сједињеним Америчким Државама сви проблеми, па и они у здравственој заштити, решавају се мерама фискалне политике. То је у већини случајева просто немогуће. Зато се политичке структуре у Сједињеним Америчким Државама тренутно баве питањима фискалне

политике и њеног утицаја на функционисање здравствене заштите. Расправе иду у правцу да се послодавци искључе из пореске обавезе али да на други начин спонзоришу здравствену заштиту и помогну финансирање трошкова насталих већом здравственом покривеношћу. Трошкови здравствене заштите су својеврстан проблем. На пример, у 1990. години, износили су 714 милијарди УС \$, да би 2008. године достигли 2,3 билиона УС \$, што је више од три пута. Подсећања ради, 1980. године износили су „само“ 253 милијарде УС \$, или осам пута мање него у 2008. години. Овако изражен пораст постао је главни политички приоритет због чега се влада, послодавци и потрошачи грчевито боре да успоре стални пораст трошкова здравствене заштите⁵. Здравствена политика, ако има јасан циљ, мора макар да понуди одговор на питања – који су то главни покретачи раста здравствене потрошње, која је улога владе у контроли тог повећања и како је могуће, најлакше спровести штедњу и осујетити агресивну здравствену потрошњу? Одговор не треба очекивати у скоро време с обзиром да је на америчком тлу посејано семе за велику наредну кризу. Све је извесније да незадовољни амерички грађани прижељкују сценарио арапског пролећа, због корпоративне похлепе, високе стопе незапослености, заплена кућа и других непокретности од стране незаситих банака, док се на другој страни новац тих истих грађана усмерава за спасавање њиховог посрнућа⁶. Тренутно су актуелни протести и опсада Вол Стрита (*Wall Street*), шта је следеће?

Циљ рада

У свету постоји велики респект према тренутно водећој политичкој, војној и економској сили света, и гледано кроз призму знатижеље, она представља изазов ради налажења макар и најмање слабости у било којој сфери њених државних активности. Евентуалне слабости би требале да послуже као аргумент да су стубови уверења о томе како у Сједињеним Америчким Државама заиста све беспрекорно функционише, прилично уздрмани. Много је елитиста који сматрају да и од америчке здравствене по-

литике и њиховог здравственог система постоје боље уређени, рационалнији и економичнији системи у којима се људско здравље хуманије чува и реалније вреднује. Овај рад је мала сугестија читаоцу да не очекује обилне доказе у смислу глорификација или одијума стварности, с обзиром да су Сједињене Америчке Државе простор на коме је здравствена сигурност грађана врхунско достигнуће. Занемаримо аспект да критичарима ова истина не значи пуно, јер су многи од њих заборавили да супростављање релевантним чињеницама представља авантуру неизграђеног духа. Такви често износе податке да Сједињене Америчке Државе остварују слабије резултате од других развијених земаља и сматрају их катаstofалним. Међутим, олако прелазе преко чињенице да се здравствена политика спроводи беспрекорно, да здравствена служба врхунски функционише и да је у америчком здравству ангажован најстручнији и најпрофесионалнији кадар на свету.

Дискусија

Нездрживи процеси глобализације најављују неминовност да се мора смислити стратегија која би коначно помирила циљеве у оквиру здравствене политике и правилно распоредила њене вредности на различите кориснике. Овај концепт би у принципу био рецепт за имплементирање реалне и неоптерећене здравствене политике и свима доступних програма и мера за заштиту здравља. У извештају Светске здравствене организације (*СЗО-WHO*) стоји да: „...недостатак било које врсте здравственог осигурања сваке године у Сједињеним Америчким Државама, почев од 2004. године па даље, проузрокује око 18 хиљада непотребних смртних случајева“⁷. Не може се узети као изговор да је парцијална покривеност здравственим осигурањем последица тога и повећане потрошње. Изгледи су да је финансијски буџет намењен осигураницима неправилно расподељен, што значи да се код лекара могу комотније осећати само богатији амерички грађани. Према томе, ако се жели смањити неједнакост у здравству, његова правилнија расподела треба да буде разлог више

за суштинску промену здравствене политике. Далеко је истина да је расна дискриминација део америчке историје. Напротив, она је и у времену глобалних процеса саставни део здравствене политике Сједињених Америчких Држава, о чему сведоче многа истраживања, анализе и извештаји компететних тела и ауторитета. Обојени грађани Сједињених Америчких Држава одавно се, а и сада, дискриминишу тако што за разлику од својих белих суграђана, добијају редуцирану здравствену заштиту, нарочито ако она захтева савременије процедуре и укључује скупе и савремене здравствене технологије.

Осим тога, припадници етничких мањина (афроамериканци, Индијанци, латино-американци) имају лошије здравље, већу учесталост хроничних болести, више стопе кардиоваскуларних обољења и ХИВ/АИДС, дијабетес и повећан морталитет, не само у односу на белце већ и у односу на Американце азијског порекла⁸. Најбоља здравствена политика се иначе креира ван здравственог сектора, јер је обухватнија и снабдевенија другим, оригиналним компонентама које бацају светлост на проблеме које затворене здравствене институције не могу да докуче. Закључци на основу односа пацијент, прималац - давалац здравствених услуга, често није логичан, искрен, добро схваћен и/или репрезентативан. Према томе политика која вуче одлучујуће потезе око заштите здравља становништва мора бити усмерена на решавање круцијалних проблема на свим нивоима власти. Здравље становништва је уско повезано са различитим условима али са сличним здравственим програмима. Под покровитељством Светске здравствене организације (*СЗО-ВНО*) развијен је програм „Здравље за све“ на темељима здраве јавне политике и међусекторске активности. Програм садржи поруку о потреби интегрисања других политика и сектора изван здравственог сектора у језгро здравствене политике.

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Укупна здравствена политика, не само у Сједињеним Америчким Државама, него и ши-

ре, мора бити схваћена као свесна и одговорна активност, усмерена на постизање специфичних циљева здравствене заштите применом адекватних инструмената и мера, ангажманом стручних егзекутора и рационалним коришћењем расположивих ресурса. Иако су раширена мишљења да је реч о компликованој политици (попут осталих), ради се о врло прецизној и конкретној лепези одлука, планова и акција коју званичници Светске здравствене организације (*СЗО-ВНО*) дефинишу као визију будућности⁹. Она истиче приоритете и очекиване улоге различитих група, омогућава консензус код великог броја питања и обавештава људе о могућностима приступа свим облицима здравствене заштите. Здравствена политика није свет за себе, без обзира што је један од највитаљнијих састојака глобалне, економске политике сваке земље, па и Сједињених Америчких Држава. Она је у складу са својом природом и садржином, пространа палета коју структурирају друге политике и/или њихови специфични делови. Било како да је схваћена, теоријски или практично, она може бити све осим листа на којој су таксативно наведене различите жеље, жеље које често и нису то што чини њихов смисао. Ако су жеље неоствариве или тешко оствариве, а у много случајева јесу, онда такав приступ додатно еродира концепт здравствене и политике и заштите. Због тога је од велике важности да здравствена политика *va bank* претпоставља технологију додељивања и уживања права на здравствену заштиту, велики обухват становништва, процес неометаног финансирања здравствене индустрије и потрошње, активно задовољавање здравствених потреба и безбедну фармацеутску заштиту.

Од здравствене политике у тако развијеној земљи, центру групе Г 5 (позната КВИНТА), што јесу Сједињене Америчке Државе, с правом треба очекивати да своју активну функцију обавља у циљу очувања јавног здравља и промовише програме који садрже начин и принципе вођења квалитетног живота грађана. На пример, нека то буде спровођење активности у борби против уживања дувана, алкохола и опијата, са равноправним третманом различитих корисника здравствене заштите,

код процедура имунизације, правилног дојења, очувања околине и код стварања услова потребних за правилан развој и неговање биолошког и хуманог капитала. Током прве деценије XXI века, деловање здравствене политике на тлу Сједињених Америчких Држава све више постаје тема различитих дебата, међу којима је најинтензивнија она која је најмање потребна, политичка. Зашто? Зато што се резултати здравствене политике однедавно вреднују искључиво кроз политичку призму, независно од тога колико је она заиста прецизан мерни инструмент. Политичка оцена се своди на приближавање ивица гапа (јаз) који је последица сужених могућности финансирања и нарасле здравствене потрошње, услед проширеног права на здравствену заштиту.

У условима какви јесу, очекује се да све проблеме реши здравствена политика због чега увек добија нове, према многим мишљењима још теже задатке. Њена сврха је борба са финансијским проблемима или боље речено, мукотрпна иницијатива у налажењу начина да се галопирајућа здравствена потрошња изазвана деловањем различитих чинилаца неометано финансира са недовољним средствима. А у којој мери је то сужавање могуће, с обзиром да велика економска криза од 2008. године¹⁰ потреса свет, и не само што не јењава, него прети да знатније експандира, лако се може закључити. Финансијска криза је изазвала комплексне проблеме у погледу ликвидности банкарског система у Сједињеним Америчким Државама 2008. године. Тада је дошло до пада кредитне доступности због чега је страдао знатан део финансијског сектора, а привреда у Сједињеним Америчким Државама и широм света је под теретом неликвидности успорила свој развој. Током задњих деценија XX века, борба против раста здравствене потрошње у Сједињеним Америчким Државама, као и у већини других индустријски развијених земаља света, постала је главни проблем здравствене политике. Но, није реч само о борби са финансијским проблемима (листа је много шира), ради се и о другим препознатљивим мањкавостима чије присуство девастира њену вредност и отежава реализацију циљева. Здравствена заштита је предмет живе, на моменте ош-

тре расправе која често излази из оквира учтивости. Многи учесници у расправама имају један једини циљ, оспоравање њеног концепта и дезавуисање постигнутих резултата.

Програме, мере и циљеве здравствене политике сви различито вреднују. Зато су критички осврти на обим права на здравствену заштиту, приступе, правичност, ефикасност, цене, избор, еквивалентне вредности и уопште на њен укупни квалитет, пословична пракса. Критички настројени аналитичари сматрају да је она у многу чему недоследна и због њених нејасноћа актуелни систем здравствене заштите, осим што у многу чему посрће он и заостаје за другим развијеним системима у свету, нарочито за канадским. Зато, сматрају они, њен концепт не улива наду да се могу очекивати бољи услови у којима би функционисала квалитетнија здравствена заштита. Чврсто су уверени да многе пројекције и намере нису у складу са реалним потребама и задацима. За њих дакле, овако конципирана здравствена политика нема одговарајући капацитет који би представљао адекватну логику здравственој заштити чија је обавеза да буде еквивалент за утрошена финансијска средства. И после Обамине здравствене реформе¹¹ Сједињене Америчке Државе плаћају дупло више здравствене трошкове. Амерички конгрес је тесном већином (219:212) изгласао нови закон о обавезном здравственом осигурању и он ће се примењивати на особе слабијег имовинског стања и учиниће приступачнијим здравствено осигурање свим грађаним Сједињених Америчких Држава. Да ли ће то допринети да оне више не заостају за другим богатим земљама? На пример, у погледу смањења смртности одојчади и продужавања животног века грађана... имају већу стопу смртности одојчади од већине индустријализованих нација света, при чему је агресивни медицински дуг представљен као отежавајући фактор¹².

Према неписаном правилу, све кризе, па и здравствена, због погодних услова, најбоље се „примају“ управо на тлу Сједињених Америчких Држава. Упркос томе, општа оцена је да здравствено стање њеног становништва представља примарни задатак владе и најважнији корак ка утврђивању циљева здравствене по-

литике и анализирању здравствених карактеристика на нивоу земље. Да би циљеви здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама били реално постављени и реализовани, њихови протагонисти, као мало који у другим државама, морају бити свесни да је неопходан мултидисциплинаран приступ чиниоцима (допринос медицинских, социјалних, економских и институционалних) који делују у оквиру националног здравственог система и да овакав приступ нема алтернативу. Када је реч о поменутих факторима за спровођење ефектне здравствене политике, најважније је прецизно утврдити који од њих више од осталих конкретније детерминише обим здравствене потрошње. Промотери здравствене политике некада могу занемарити премису колико њихова земља треба да издваја за здравствену заштиту својих грађана. Међутим, то их не ослобађа обавезе да макар апроксимативно оперишу са фондовима финансијских средства која су услов за функционисање здравственог система, и како да располажу са спектром различитих варијабли од којих поменути фондови зависе. Њихова обавеза у оквиру здравствене политике апостофирана је првенствено познавањем структуре болести, склоностима ка оболевању, разликовањем дејстава социјалних, привредних и географских услова као и процењивањем очекиваног трајања живота грађана. Креаторима здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама, без обзира на гломазност апарата, велики број здравствених субјеката у државном (јавном) и приватном власништву, наглашеној конкуренцији, великом броју неосигураних грађана, повећаној здравственој потрошњи и сл., треба одати признање на инфериорности према корупцији. У томе је здравствена политика Сједињених Америчких Држава права парадигма и многе земље Европе би требале да је неизоставно следе.

То нарочито важи за Републику Србију чије министарство здравља не памти да је било који његов министар отишао из министарског кабинета а да иза њега није остала гранд-афера, око лекова, набавке аутомобила, мита и корупције или као ова последња, због варања у јавним набавкама (вакцине против грипа).

Дакле, ни Американци нису у свему најбољи! Концепт здравствене заштите будућности не трпи импровизације и претпоставља резонантан приступ свим ресурсима које америчком естаблишменту реално стоје на располагању. Наиме, Сједињене Америчке Државе имају наглашен интерес код избора и ангажовања медицинских стручњака различитих специјалности, код медицинске технологије и код приступа најновијим информацијама неопходним за медицинска истраживања у сврху унапређења квалитета здравствене заштите. У многим земљама то није случај, јер је тај однос прилично необавезујући. Очито, поменута интересовања су препуштена појединцима тако да успех може имати само неко ко је ентузијаст *par excellence*. Међутим, не сме се због ове паралеле заборавити да ово све егзистира у наглашеној потрошачкој ери у којој је новац једини критеријум за мерење вредности и за дефинисање незадрживих налета глобализационих процеса^{13, 14}.

ЗДРАВСТВЕНИ ПРОГРАМИ И ЊИХОВО ФИНАНСИРАЊЕ

Здравствено осигурање, односно покривеност популације неким његовим обликом, један је од горућих проблема у Сједињеним Америчким Државама. Зато здравствена политика на америчком тлу веома озбиљно креће у акцију ка утврђивању и реализацији програма обухвата грађана здравственим осигурањем. Према многим извештајима, неосигурани становници, њих око 38%, живи у домаћинствима која остварују приходе од 50, 75 или више хиљада УС \$¹⁵. Свакако најзначајнији подухват је преко Медикер (*Medicare*), Медикал (*Medi-Cal*) и Медикејд (*Medicaid*) програма који су уприличени за кориснике здравствене заштите. Програми се спроводе од стране Центара за Медикер и Медикејд програме. Медикер је савезни програм здравственог осигурања конципиран са циљем да обхвати особе од 65 година и старије и/или млађе особе али са инвалидитетом. Његови корисници су најчешће старија лица и инвалиди, односно сиромашни слојеви становништва, иначе највећи потроша-

чи здравственог УС \$. Већина људи су Медикер-корисници по одласку у пензију зато што су уживаоци права на социјално осигурање или су корисници неке врсте давања по основу инвалидског осигурања. Они који су корисници додатних прихода на пример, финансијске подршке за избеглице или хранитељске помоћи, аутоматски стичу право на заштиту у оквиру Медикал-програма. Особе са 65 или више година, затим слепи, инвалиди, труднице, родитељи испод 21 године и штићеници старачких домова, такође могу бити обухваћени Медикал-програмом. Дакле, амерички грађани могу бити истовремено корисници оба програма, јер њихови провајдери раде заједно и настале трошкове здравствене заштите плаћају према утврђеном редоследу. Медикер-програм плаћа први а Медикал други, тако да се увек приликом коришћења здравствених услуга морају показати обе картице осигурања ради идентификације и категоризације услуга и редоследа у плаћању¹⁶.

Медикер-програм покрива четири дела или области здравственог осигурања, тако да се корисницима пружа прилика да бирају делове које желе да користе и у складу са избором плаћају премије за њихово финансирање. Поменути делови који стоје на располагању корисницима овог програма су:

1. део *A* - у коме корисници користе болничке услуге и негу под одређеним условима,
2. део *B* - обезбеђује ванболничке медицинске користи и лабораторијске таксе,
3. део *C* - подразумева здравствене предности које пацијенти кроз разне планове могу добијати у болници и ван ње у складу са изабраним програмом и
4. део *D* - обезбеђује покривеност у смислу здравствене заштите и прописане фармаколошке процедуре и покривеност трошкова лекова на издати рецепт¹⁷.

Делови *A* и *B* овог програма покривају само неопходне медицинске услуге, укључујући и услуге заштите менталног здравља, али не и расходе настале по основу стоматолошких услуга. Медикер-програм је у компетенцији федералне владе која има мандат да на основу релевантних постулата конципира и спроводи

здравствену политику. Његови корисници имају широка права, на пример, на информације и савете у вези са начином осигурања, обимом и квалитетом здравствене заштите, заступањем и/или пружањем стручне помоћи у решавању проблема. Осим тога, корисници имају могућност да уложи жалбу на штетне одлуке, на пример, у вези са плаћањем или непоштовањем одредби из утврђених здравствених планова које су одабрали на основу здравствене понуде. Иако обухваћени Медикер-програмом, корисници имају право на коришћење здравствене заштите коју покрива Медикејд-програм. У случају да неки корисници Медикејд-програма из неког разлога користе здравствено осигурање у Медикер-програму, и да поред уплата премија не могу сносити своје здравствене трошкове, Медикејд-програм може стати иза њих и уплатити припадајуће премије. Медикејд-програм обухвата особе које нису у стању да себи приуште право на здравствену заштиту јер не остварују финансијске приходе у довољној мери. Овај програм неретко чини одређене уступке појединим категоријама осигураника. Тако на пример, труднице и деца могу користити здравствену заштиту без проблема али само у неким клиникама и/или болницама.

Уколико корисник под одређеним околностима (губитак запослења, скраћено радно ангажовање, дуже одсуство и сл.) изгуби право на покривеност Медикејд-програм не престаје са уплатом бенифиција и покривањем здравствених трошкова у његову корист. Медикејд-програм може платити кориснику здравствене услуге и у случају када он то не може да учини због старосне доби, лоших финансијских околности, незавидне породичне ситуације или због промене начина на који организује живот. Медикејд-програм такође нуди шансе на штедњу јер он плаћа своје премије, а Медикар-програм плаћа премије и одбитне ставке¹⁸. Приходи и други ресурси који припадају обухваћеним Медикејд-програмом, подлежу корекцији јер се на годишњем нивоу њихова вредност мења, односно смањује или увећава. На пример, банковни рачуни, покретна и непокретна сопствена имовина која је, а ако није може постати, извор права на здравствено осигурање. Уколи-

ко се корисник и провајдер Медикејд-програма сагласе, тада се као ресурс за уплату премија осигурања може уврстити и имовина законски одговорних сродника у домаћинству. Веома је важно истаћи да особе обухваћене Медикејд-програмом имају апсолутно право на приватност. Информације о здрављу, приватним активностима, брачном и имовинском статусу обухваћених лица могу се користити само уз њихов пристанак или ако је то крајње нужно, на пример у судским расправама. Дакле, не мора бити јавно доступна општа информација о томе чиме је особа располагала или располаже у време припадања Медикејд-програму. Медикејд-кориснику се могу надокнадити трошкови здравствених услуга из његових средстава или некретнина и после његове смрти.

Финансирање здравствене заштите је за сваку земљу необично важно питање. То је у ингернцији влада јер оне имају мандат да уређују здравствени систем чији је основни циљ обезбеђивање и дистрибуција финансијских средстава за покривање трошкова здравствене заштите. Федерална влада Сједињених Америчких Држава кроз своју здравствену политику фокусира проблем финансирања здравствених услуга на основу економског ризика који може да експандира услед ниског здравственог степена њене популације. Око 84,7% америчких држављана има неки вид здравственог осигурања или преко послодавца, супружника или родитеља. Међутим, сви државни програми здравственог осигурања имају ограничене погодности за кориснике, јер влада не располаже ни са једним његовим обликом који би апсолутно обухватио све америчке грађане¹⁹.

У Сједињеним Америчким Државама постоји пет основних начина финансирања система здравствене заштите и то посредством:

1. општег опорезивања на нивоу државе, округа или општина,
2. социјално-здравственог осигурања,
3. добровољног или приватног здравственог осигурања,
4. директног плаћања услуга или исплате из сопственог џепа и
5. донација здравствених добротвора²⁰.

У много случајева, или боље речено у много федералних држава, примењује се микс-финансирање или комбинација поменутих модела. Међутим, начин дистрибуирања средстава на одређене носиоце трошкова варира од једне до друге федералне државе, а неретко се варијације током времена могу срести и унутар сваке од њих. У здравственој политици сваке федералне државе, у складу и уз помоћ њене јурисдикције, посебно се креирају технике финансирања. Јурисдикција упућује на релевантне прописе и подстиче владу и приватни сектор да доносе само оне одлуке које се тичу здравствене политике и усвајања специфичних програма, мера, технологије и нивоа финансирања здравствене заштите. На пример, социјално здравствено осигурање подразумева модел у коме цела популација има право на покриће здравствене заштите, при чему су обухват и начин пружања услуга законом регулисани. Политика јавног финансирања здравствене заштите је хетерогена. Она бухвата обавезно и добровољно приватно здравствено осигурање и комплетну капитализацију коришћених здравствених услуга преко приватних фирми²¹. У току су сталне расправе на који начин и коју врсту здравствене заштите финансира влада, а коју приватни сектор, односно грађанин. Каког је квалитета пружена здравствена заштита, како се обезбеђују финансијска средства и да ли је њихова расподела и употреба ефикасна и праведна. Много је аргумената да људи као најбољи облик заштите њиховог здравља доживљавају универзалну здравствену заштиту, јер би били ослобођени плаћања премија осигурања и/или партиципације. То је аргумент да су више опредељени за превентивне здравствене услуге које гледано на дуге време, сужавају простор разним болестима и смањују укупне трошкове здравствене заштите.

Посебно питање је однос јавног и приватног (добровољног) финансирања здравствене заштите. Постоје тврдње да јавно финансирање здравствене заштите унапређује квалитет и ефикасност личним контактом здравствене заштите јер јавна (државна) потрошња има суштински значај када је у питању приступачност и одрживост здравствених услуга и про-

грама²². Јавно финансирана здравствена заштита (државна), која је узгред бесплатна, пословично проузрокује увећане медицинске процедуре и услуге, што има за последицу пораст укупних здравствених трошкова. Додељена јавна средстава, била ограничена или не, не ослобађају неосигуране грађане да из џепа плаћају трошкове за одређене здравствене услуге. Примедба је да би јавна средства могла бити рационалније употребљена за финансирање услуга из делокруга хитне помоћи, без обзира да ли је осигураник способан да на пример плати хитан медицински третман²³.

Приватни системи, односно осигуравајуће компаније, смањују расипништво и бирократију уклањањем непотребних извршилаца-провајдер послова. Такође смањују обимну документацију коју професионалци, уговарачи осигурања обрађују и повећавају концентрисаност на потребе осигураника-пацијента. То су аргументи за све који верују да приватно финансирање пружа квалитетнију заштиту и подиже здравље на виши ниво²⁴. Приватно финансирана здравствена заштита постиже квалитетије резултате и већу ефективност смањеним чекањима на специјалистичке услуге и већим могућностима употребе савремене технологије у здравственим процедурама. Приватно финансирање здравствене заштите и ефектно управљање ресурсима спречава федералну владу да повећаним порезима подмирује трошкове здравствене заштите²⁵.

ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА

Трошкови здравствене заштите у Сједињеним америчким држава, у односу на привредне потенцијале, економску снагу и остварени бруто друштвени производ (БДП), премашују исте у свим другим земаљама у свету. Укупна америчка здравствена потрошња према свим мерилима стреми да у наредним година на расте до алармантних висина. У извештајима се могу срести подаци да сваки УС \$ долар потрошен на здравствену заштиту у Сједиње-

ним Америчким Државама, може да се посматра и мери тако што његових 31% одлази на болничку негу, 21% за лекаре који пружају клиничке услуге, 10% покрива лекове, 4% стоматолошке услуге, 6% смештај и негу у домовима, 3% одлази за кућну негу, 3% на малопродајне производе, 3% за владине јавне здравствене активности, 7% подмирује административне трошкове, 7% иде на инвестиције, а преосталих 6% одлази на остале професионалне услуге²⁸. У току 2009. године, Сједињене Америчке Државе (федерална влада, локалне владе, корпорације и појединци), заједно за здравствену заштиту потрошили 2,5 трилиона УС \$ или 8.047 УС \$ по особи. То је 17,3% од бруто друштвеног производа (БДП)²⁹.

Више од половине пораста здравствене потрошње која је обележила последње деценије XX и прву деценију XXI века, последица је технолошког прогреса, промена у осигурању и у здравственим материјалним и хуманим ресурсима. Здравствена потрошња је расла у складу са приходима које су одређене категорије грађана остваривале, са условима осигурања које су диктирали провајдери као и са зарадама здравствених стручњака. Пораст потрошње је нарочито изражен код фармаколошких производа које користе претежно старије особе. Ту се рађа мотив за штедњом. Заговорници уштеда у здравству тврде да је она могућа само у спровођењу мера и процедура код превентивне, примарне здравствене заштите. Акценат смањења потрошње је на благовременом превенирању различитих облика болести, иако су нека истраживања оповргла овакве ставове. Дакле, у већини случајева, сходно тим истраживањима, превенција не смањује ниво здравствене потрошње, односно не генерише значајније уштеде, макар не на дуже време. Превентивна заштита пружа здравствене услуге многим како би се раније заштитили од различитих болести, али и онима који су делимично болесни. Међутим и тада се за те исте кориснике верује да ће кроз наредне услуге у позним годинама живота надоканадити трошкове здравствене заштите³⁰. Познати амерички милијардер-инвеститор Ворен Бафет (*Warren Buffet*) је 1. марта 2010. године, осврћући се на трошкове у свим облицима

здравствене заштите, а нарочито на оне у превенцији, рекао: „...да ће високи трошкови здравствене заштите које за своје запослене плаћају америчке компаније ставити исте у незавидан положај... и да различите врсте трошкова у поређењу са остатком света, као пантљичара једу наше економском тело“³¹. Ова изјава је последица упоређивања здравствене потрошње у Сједињеним Америчким Државама која журно иде према 17% бруто друштвеног производа (БДП) у односу на просечних 9% бруто друштвеног производа (БДП) колико троше друге, такође развијене земље.

Од корисника здравственог осигурања којима послодавци уплаћују премије за здравствено осигурање може се захтевати да једним делом и сами партиципирају у делу својих трошкова. Послодавци бирају осигуравајућа друштва за здравствено осигурање и преговарају са њима у складу са бројем будућих корисника здравственог осигурања и о условима које осигуравајуће куће нуде. Према подацима из 2004. године, када је здравствена потрошња имала умерен ток, приватно здравствено осигурање личним средствима финансирало је њених 36%, федерална влада је финансирала 34%, финансирање из „сопственог џепа“ износило је 15%, из буџета државних и локалних самоуправа финансирано је 11%, док су други приватни фондови финансирали око 4% здравствене потрошње³². Све су чешће примедбе од стране корисника здравствених услуга и уплатиоца премија да је здравствени систем у Сједињеним Америчким Државама на добром путу да дословно прекопира неке европске и латиноамеричке здравствене системе. Наиме, у последњих неколико година постала је пракса да се јављају надувани рачуни, понекад и по десет пута већи него што износи вредност пружене-коришћене здравствене услуге. Некоректан, непоштен и неефикасан здравствени систем, не треба ни једном америчком грађанину који може бити жртва плаћања увећаних здравствених трошкова.

За велики број америчких грађана млађих од 65 година, њих око 59,3%, здравствено осигурање је обезбеђено преко послодавца. У послодавце се рачунају приватни и државни, односно јавни сектор. Приметно је да у по-

следњих неколико година овај проценат покривености лагано опада, а разлоге тог тренда треба тражити пре свега у порасту трошкова које послодавци плаћају на име осигурања. Према истраживањима из 2007. године, коју је спровела фондација Кајзер Фамили (*Kaiser Family Foundation*), стоји: „...да су почев од 2001. године, премије за породичну покривеност здравственим осигурањем порасле за 78%, док су плате порасле 19%, а инфлација 17%. Послодавци су уплаћивали премије за здравствено осигурање својих радника с тим што је у 2007. години, њихова појединачна, индивидуална покривеност износила свега 16%, а њихових породица 28% од уплаћеног износа“³³. Тако се и поред уплаћених премија од стране послодаваца већина радника приликом коришћења здравствених услуга суочава са додатним уплатама. За одређене услуге појединци морају често унапред плаћати део укупних трошкова и на тај начин се цена као механизам поскупљења укупне здравствене заштите рапидно увећава. То је један од разлога зашто приватно здравствено осигурање, са 35% учешћа у укупним здравственим трошковима Сједињених Америчких Држава, има далеко највећи удео међу земљама ОЕЦД. Осим Сједињених Америчких Држава, само Канада и Француска од земаља ОЕЦД-а имају ућешће приватног здравственог осигурања у укупном осигурању изнад 10%.

Здравствени систем у Сједињеним Америчким Државама карактерише велики број различитих учесника, којих је претпоставља се неколико хиљада, мада се ни апроксимативно не зна њихов тачан број. На пример, сада је свакоме веома тешко рећи колико у Сједињеним Америчким Државама тренутно има осигуравајућих друштава³⁴. Али је зато потпуно извесно да амерички здравствени систем има значајне административне трошкове. Они су толико наглашени да су далеко већи него што је то случај са канадским или неким од европских здравствених система (Велика Британија, Немачка, Француска). Према подацима из студије Харвардске медицинске школе и канадског Института за здравствени информациони систем, утврђено је да око 31% америчког здравственог УС \$, или преко 1.000

Табела 1. Расходи за здравствену заштиту у земљама ОЕЦД по глави становника у УС \$.*

Редни број	Земља ОЕЦД	Укупни здравствени расходи	% учешћа у БДП
1.	Сједињене америчке државе	7.960	17,4
2.	Норвешка	5.352	9,6
3.	Швајцарска	5.144	11,4
4.	Холандија	4.914	12,0
5.	Луксембург	4.808	7,8
6.	Канада	4.363	11,4
7.	Данска	4.348	11,5
8.	Аустрија	4.289	11,0
9.	Немачка	4.218	11,6
10.	Француска	3.978	11,8
11.	Белгија	3.946	10,9
12.	Ирска	3.781	9,5
13.	Шведска	3.722	10,0
14.	Исланд	3.538	9,7
15.	Аустралија	3.445	8,7
16.	Велика Британија	3.487	9,8
17.	Финска	3.226	9,2
18.	Италија	3.137	9,5
19.	Шпанија	3.067	9,5
20.	Јапан	2.878	8,5
21.	Грчка	2.724	9,6
22.	Нови Зеланд	2.983	10,3
23.	Португалија	2.508	10,1
24.	Словенија	2.579	9,3
25.	Израел	2.104	7,9
26.	Чешка	2.108	6,8
27.	Словачка	2.084	9,1
28.	Јужна Кореја	1.879	6,9
29.	Мађарска	1.511	7,4
30.	Пољска	1.394	7,4
31.	Естонија	1.393	7,0
32.	Чиле	1.186	8,4
33.	Турска	902	6,1
34.	Мексико	918	6,4

*Извор: OECD Health Division (June 30, 2011). „OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data“. Paris: OECD.

УС \$ по особи у оквиру здравствене заштите, годишње одлази на административне трошкове. Овај износ је двостуко већи од онога којим се, на пример, мере канадски здравствено-административни трошкови. Због ове, а и због других околности, много је изјава да је амерички систем здравствене заштите „нефункционалан“ и да неправедно уклања пацијента главног учесника из збивања која се тичу политике финансирања и висине медицинских трошкова. Наредна табела садржи податке за неколико земаља света (Организација за економску сарадњу и развој (ОЕЦД)) сортиране према износима укупних расхода за здравствену заштиту по становнику и према њиховом процентуалном учешћу у бруто друштвеном производу (БДП) за 2009. годину³⁵.

Закључак

Будући да здравствена политика представља простран миље човекових, стручних делатности које су усмерене на заштиту људског здравља, не смеју се изоставити подкатегорије које додатно увећавају њену супституционалну вредност. Ту се пре свих мисли на финансирање давалаца услуга у оквиру здравствене заштите, институција осигурања и осталих субјеката који на било који начин доприносе увећању квалитета људског здравља. Узимајући у расправу мере и одлуке владе које здравствена политика у свакој земљи, па и у Сједињеним Америчким Државама, садржи, од њиховог спровођења зависи функционисање укупног здравственог система. Не треба посебно истицати да су све одлуке садржане у здравственој политици управо политичке одлуке јер је официјелна, државна политика таква да влада има задатак да доноси одлуке које имају политичку димензију. Наравно, треба посебно издвојити одлуке које се доносе у смислу потреба да здравствена политика мора садржати прописе о индивидуалним правима, етици и надлежностима државних органа и институција битних за њено спровођење. На другој страни, треба истаћи економску димензију здравствене политике, која подразумева смањење трошкова и максимизирање ефикас-

ности пружања здравствених услуга.

Стратегија као једна од битних компоненти здравствене политике, обично се фокусира на неколико главних начела. Први фокус је на заједничком вредновању здравља, други је стављање осигураника у први план и смањење неједнакости у здравству, трећи је афирмација става да је здравље највеће богатство и да се инвестиције у здравље не посматрају као трошак већ као улагање у здраву популацију која је предуслов за економску продуктивност и просперитет и, на крају, четврти је интегрисање здравствених мера у низ других релевантних политика, као што су политика заштите човекове околине, контрола дуванских, алкохолних и фармацеутских производа и сл. Циљеви здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама су неговање доброг здравља њеног становништва које стари, а старење је повезано с растом трошкова здравствене заштите и потребом да се непрестано трага за решењима која се односе на проблеме обезбеђивања адекватне заштите. Посебна пажња треба бити посвећена заштити грађана од здравствених ризика. У том случају је неопходна подршка развоју динамичног здравственог система кога на динамику приморава аплицирање нових технологија и ангажовање нових стручних кадрова. Федерална влада Сједињених Америчких Држава озбиљно схвата присутне проблеме и према њима опредељују здравствену политику, финансирање здравствене заштите и здравствене програме који обезбеђују здравствену заштиту за стара лица, војне ветеране и њихове породице, децу, сиромашне и инвалиде. Тако је савезним законом обезбеђен јавни приступ хитним службама, без обзира на способности угроженог да плати примљену здравствену услугу.

Проблем здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама је и тај што систем универзалне здравствене заштите није спроведен широм земље. Међутим, процене ОЕЦД-а су да ће америчка влада, с обзиром на укупне здравствене расходе по осигуранику, имати довољно простора да обезбеди основно здравствено осигурање за целу популацију. Не треба занемарити чињеницу да је један од проблема америчког здравства и лоша координа-

ција између осигураника-пацијента и лекара. Пре свега, погледи на медицину као струку и услов за добру комуникацију са пацијентом, темељито се разликује и различито схватају. Лекарима се замера да су недовољно фокусирани на дијагностику и лечење, а пацијентима струка замера да су недовољно заинтересовани за коначан исход јер недовољно слушају савете лекара. Замерке су што велики број лекара опште медицине, односно примарне здравствене заштите, никада више не виде своје пацијенте пошто их отпреме у болницу. На другој страни болнички лекари наступају крајње површно јер нису (такве су изјаве) имали никакве претходне контакте са пацијентом кога третирају и немају довољно увида у његову медицинску историју. Такође важно питање које се везује за спровођење здравствене политике и остваривање поменутих фокуса јесте питање здравственог ризика. У већини федералних јединица у Сједињеним Америчким Државама особе које желе да себи и својој породици обезбеде здравствено осигурање, обавезне су да се подвргну строгим, систематским прегледима који подразумевају стручну процену здравственог ризика. Осигуравајућа друштва стално захтевају да се критеријуми који се користе за процену ризика осигураника ублаже за који степен, јер је у питању атак на њихов профит, али и на сте-

пен здравственог обухвата. Болести које не дају прилику особи да обезбеди одређени облик здравственог осигурања су по свему веома озбиљне (артритис, карцином, кардиоваскуларне болести, гојазност, старе спортске повреде и сл.). Заговорници медицинских ризика тврде да је то начин да индивидуалне здравствене премије осигурања буду што је могуће ниже. На другој страни, критичари медицинских ризика сматрају да је нехумано и неправедно људе са релативно малим здравственим проблемима лишавати могућности добијања здравственог осигурања.

Амерички здравствени економисти сматрају да се, без обзира да ли федерална влада има мандат да спроведе систем универзалне здравствене заштите, мора наћи адекватан модел да исти буде спроведен. Влади Сједињених Америчких Држава, дакле, предстоји да осујети усијане политичке расправе и да све снаге усмери на елиминацију подела по партијској линији. Тиме би истакла своје виђење здравственог система и понудила одговор на питања – шта би требало урадити да се он побољша. Присталице универзалне здравствене заштите тврде да велики број неосигураних грађана ствара директне и индиректне здравствене трошкове које деле сви становници и сматају да би шира покривеност здравственим осигурањем допринела њиховом смањењу.

Литература

1. World Health Organization assesses the world's health system. Press Release WHO/44, 21 June 2000.
2. Goldberg J, Hayes W, Huntley J: Understanding Health Disparities. Health Policy Institute of Ohio, (November 2004, page 3.
3. 2009 US Census Report: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, pp. 22-28.
4. Симић Ј: Бизнис и финансије. октобар 2011; број 56, јун 2009.
5. WHO (May 2009): World Health Statistics 2009. World Health Organization. <http://stats.oecd.org/index.aspx>. (Посећено: новембар 12, 2011, 22:14).
6. Стојановић Д: Посејано семе за наредну кризу. Актер, 10 октобар, 2011, стр. 29.
7. How Trends in the Health Care System Affect Low-Income Adults: Identifying Access Problems and Financial Burdens», Issue Brief: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, December 21, 2007.
8. Habib JL: Progress lags in infection prevention and health disparities. Drug Benefit Trends. 2010; 22(4): 112.
9. World Health Organization. Health Policy. accessed 22 March 2011.
10. The New York Times, World Economic Outlook: Crisis and Recovery. April 2009» (PDF).
11. Тотић И: Економски аспекти реформи у здравственом осигурању. Здравствена заштита, часопис за социјалну медицину, менаџмент у здравству и здравствену заштиту, Комора здравствених установа Србије-Београд, 2011. бр. 4, стр. 1-12).

12. O'Teele TP, Jose JA, Robert SL: The Baltimore Community Health Consortium (2004). „Medical Debt and Aggressive Debt Restitution Practices - Predatory Billing Among the Urban Poor“. J Gen Intern Med (Society of General Internal Medicine) 19 (7): 772–778.
13. Kim SS (2003): „China,s Path to Great Power Status in the Globalization Era“. Asian Perspective, vol. 27, No. 1 pp. 35-75.
14. Gidens E (2005): Odbegli svet: kako globalizacija preoblikuje naše živote. Stubovi kulture, Beograd,. (Prevela Saduša Redžić, SOCIOLOGIJA, Vol. XLIX (2007), N° 3, str. 286.).
15. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. Kaiser EDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009 - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
16. <http://health.lsn.net/medicare/>. (Посећено: новембар 13, 2011, 18:54).
17. http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#definition. (Посећено: новембар 17, 2011. 17:45).
18. U.S. Congressional Budget Office: Technological Change and the Growth of Health Care Spending“, January 2008.
19. Lorber J (July 21, 2009): Lobbying Increases as Health Care Debate Intensifies. The New York Times.
20. Tulenko et al: Framework and measurement issues for monitoring entry into the health workforce. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health. Geneva, World Health Organization, 2009.
21. Kereiakes DJ, Willerson JT: US health care: entitlement or privilege? Circulation. 2004 Mar 30; 109(12): 1460-2.
22. Lu C et al: Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet; 375(9723):1375-1387, 17 April 2010 doi:10.1016/S0140-6736(10)60233-4.
23. Friedman D (1978): The Machinery of Freedom. Arlington House Publishers: New York,. p 65-69.
24. Heritage Foundation News Release: The Cure: How Capitalism Can Save American Health Care. December 18, 2006.
25. May FW: The Ethical Foundations of Health Care Reform. The Christian Century, June 1–8, 1994, pp. 572-576.
26. Medical Research Spending Doubled Over Past Decade, Neil Osterweil, MedPage Today, September 20, 2005.
27. 2009 US Census Report: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, pp 22-28.
28. 2008 Annual Report, (pdf). PHRMA.
29. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. KaiserEDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009, - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
30. Steven B. Cohen and William Yu: The Persistence in the Level of Health Expenditures over Time: Estimates for the U.S. Population, 2002–2003. MEPS Statistical Brief #124, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2006.
31. Funk J (March 1, 2010): Buffett says economy recovering but at slow rate. San Francisco Chronicle (SFGate.com).
32. Fuhrmans V: Consumers Cut Health Spending, As Economic Downturn Takes Toll. The Wall Street Journal, September 22, 2008.
33. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. KaiserEDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009, - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
34. Thomas M. Selden and Merrile S: The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States, 2002, Health Affairs 27, no. 5 (2008): w349-w359 (published online 29 July 2008).
35. OECD Health Division (June 30, 2011): OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data. Paris: OECD.

Контакт: Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзите у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.