АНАЛИЗА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ И САД, УЗ ПОСЕБАН ОСВРТ НА СТВАРАЊЕ ДРУШТВЕНИХ РАЗЛИКАТина Аничич¹**ANALYSIS OF THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF SERBIA AND THE U.S.A. WITH SPECIAL EMPHASIS ON THE CREATION OF SOCIAL DIFFERENCE**

Tina Aničić

Сажетак

Рад ће покушати да анализира системе здравственог осигурања у Републици Србији и Сједињеним Америчким Државама (САД), у намери да се открије њихов утицај на стварање и продубљивање разлика у друштву. Иако је циљ готово свих система здравствене заштите очување здравља грађана, неретко се дешава да, због разлика међу њима, грађани остају ускраћени за пружену здравствену услугу, уз приметно друштвено раслојавање по основу доступности здравствене заштите. Системи здравственог осигурања у свету се међу собом веома разликују. Разлике се огледају у начину организације и финансирања, управљању ресурсима, доступности здравствених услуга и покривању њихових трошкова.

Систем здравственог осигурања у Републици Србији темељи се на принципу солидарности, што значи да здравствено осигурање грађани плаћају процентуално, према својој заради, односно финансијским могућностима, а здравствену заштиту користе у складу са сопственим потребама. Овај модел настоји да умањи поделе у друштву, односно да обезбеди правичан и једнак приступ здравственој заштити. Са друге стране, систем здравствене заштите у САД

Summary

In this paper, we will try to analyze the health insurance system in the Republic of Serbia and in the United States of America (U.S.A.) in order to determine their impact on the creation and widening disparities in society. Although the goal of all health care systems is preserving the health of citizens, sometimes it happens that, because of the differences among them, citizens are deprived of the health service, with noticeable social stratification based on access to health care. Health insurance system in the world is very different among themselves. The differences are reflected in the way of organizations and funding, resource availability and cost recovery of health services.

The health insurance system in the Republic of Serbia is based on the principle of solidarity, which means that citizens pay health insurance as percentage, according to their earnings or financial opportunities, and health care use in accordance with their own needs. This model seeks to minimize the divisions in society, and to provide fair and equal access to health care. On the other hand, the health care system in the U.S.A. is a market model, which is based on individual responsibility for health care, where individuals are taking health risk, as well as financial risk of treating the disease. Whether they take part in some form of health insurance,

¹ Тина Аничич, мастер политиколог међународних студија, Министарство здравља Републике Србије, Немањина 22-26, Београд.

је изразито тржишни модел, који почива на индивидуалној одговорности за бригу о здрављу, где појединци преузимају како здравствени, тако и финансијски ризик лечења болести. Да ли ће учествовати у неком од облика здравственог осигурања, које ће му пружити сигурност у случају болести, ствар је избора појединца.

Кључне речи: здравствени систем, осигурање, неједнакост, неправедност, здравље.

which will provide them financial security in case of illness, it is a matter of choice of the individual.

Key words: health care system, insurance, inequality, inequity, health.

ЈЕДАН СИСТЕМ ВИШЕ МОДЕЛА

Светска здравствена организација (СЗО) дефинише здравствени систем као скуп свих организација, институција и ресурса чији је примарни циљ унапређење здравља људи. Заштита и унапређење здравља је основни предуслов друштвене кохезије и представља један од неопходних стубова економског развоја сваког друштва. За сваки здравствени систем битно је на који начин је организован, односно који модел здравственог осигурања примењује. Постоје четири модела здравственог осигурања: Беверицов, Семашков, Бизмарков и тржишни (предузетнички) модел. У *Беверицевом* моделу покриће здравствених услуга, као и њихову доступност обезбеђује држава и то путем пореза, односно кроз буџет. У овом моделу држава управља целокупним системом здравствене заштите и здравственог осигурања, обезбеђујући универзално покриће здравствених услуга у државним или приватним здравственим установама. Међутим, за разлику од Бизмарковог модела, осигураници овде нису укључени у управљачку структуру система, већ је она у надлежности државе. Пример земаља које користе овај модел су Велика Британија, Ирска, Исланд, Финска, Норвешка, Шведска, Канада, Аустралија, итд. *Семашков модел* је сличан претходном моделу, с обзиром на то да је држава одго-

ворна за организовање и финансирање система здравствене заштите и здравственог осигурања, али уз искључену могућност учешћа приватне праксе. Овај модел био је примењиван у Совјетском Савезу и другим социјалистичким земљама. Међутим, оно што је остало присутно од овог модела у земљама источне Европе јесте историјски реликт, односно начин размишљања да држава треба да обезбеди бесплатну здравствену заштиту за све грађане, без доплата, односно учешћа приватних средстава. Семашков модел у Европи не постоји, али је присутан у Азији (Кини, Северној Кореји, Вијетнаму, Монголији) и на Куби.

Посебну пажњу у наставку посветићемо Бизмарковом и тржишном моделу здравственог осигурања, који се промењују у Србији, односно САД, у намери да испитамо да ли разлике међу њима утичу на стварање и продубљивање друштвених разлика. Ова два модела узета су као полазиште, будући да се темеље на потпуно различитим основама, које могу бити од утицаја на друштвене разлике.

Бизмарков модел обезбеђује универзално покриће трошкова здравствене заштите, укључује елементе јавног здравственог осигурања, темељи се на принципу солидарности међу свим осигураним лицима, а финансира се из доприноса запослених. Доприноси су сразмерни висини примања, односно одређени су у облику процента

од зарада. Финансирање спроводи један или више независних, јавних, углавном непрофитних фондова, којима управљају представници осигураника, који склапају уговоре са пружаоцима здравствених услуга и на тај начин обезбеђују здравствену заштиту за своје осигуранике. Бизмарков модел развијен је у Немачкој, а примењује се још и у Аустрији, Француској, Белгији, Луксембургу, Холандији, Швајцарској, Словенији, Јапану, итд.

Тржишни модел, за разлику од Бизмарковог, не обезбеђује универзално покриће трошкова здравствене заштите и не темељи се на принципу солидарности, већ на профитној основи. У овом моделу здравствено осигурање спровode приватне организације, попут осигуравајућих компанија, па тако грађани финансирају лечење из сопствених средстава, најчешће из премија осигурања. За разлику од доприноса који се одређују за целокупно становништво или један његов део, сразмерно могућности његовог плаћања, премије осигурања се одређују индивидуално, сразмерно ризику од обољевања. Сходно томе, премије су много мање солидарне од доприноса. Најпознатији облик тржишног модела здравственог осигурања примењује се у САД.

Потребно је истаћи да је последњих година приметна појава међусобног преузимања одређених решења из других модела, што за последицу има мешање модела, али и све већу афирмацију приватне праксе и увођења допунских, додатних и паралелних осигурања.

СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Грађанима Републике Србије Уставом је гарантовано право на заштиту физичког и психичког здравља. Друштвена брига за јавно здравље ближе је уређена законским прописима и о њој се стара држава, аутономна покрајина, општине, односно гра-

дови и појединци. Систем здравственог осигурања у Републици Србији организован је по моделу Бизмарковог социјалног здравственог осигурања. Овај модел темељи се на принципу солидарности, што значи да здравствено осигурање грађани плаћају процентуално, према својој заради, односно финансијским могућностима, а здравствену заштиту користе у складу са сопственим потребама. Држава преузима улогу за бригу о здрављу и терет лечења свих оних који су, било ненамерно или намерно, изазвали код себе болест.

Према подацима Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО) у Републици Србији је обавезно здравствено осигурано 6.928.634 грађана. Према основу запослености осигурано је 2.828.201 лица, што чини 40% од укупног броја обавезно осигураних лица, а од тог броја носиоца осигурања има 1.647.922, док је 1.180.279 лица која су осигурана преко њих, односно чланови њихових породица. На другом месту по броју осигураника, у односу на основ осигурања, јесу пензионери, којих је 1.920.584, односно 28%, а на трећем месту лица чије се осигурање финансира из буџета Републике Србије, а којих је 1.358.202 тј. 20%. Уколико изнетом додамо податке Републичког завода за статистику (РЗС), према којима у Србији живи 7.181.505 становника (без КиМ), долазимо до тога да је у Србији неосигуран свега 252.871 становник или 3,5%.

Потребно је истаћи и чињеницу да без обзира да ли је лице здравствено осигурано или не, у Републици Србији свако има право на хитну медицинску помоћ, која се пружа како би се избегло довођење грађана у животну опасност, односно у ситуацију озбиљног слабљења, оштећења здравља или смрт. То значи да држава преузима одговорност за здравље становништва, а самим тим и ризике понашања појединаца. У таквом систему, који функционише под идеалним околностима, циљ је да се умањи финансијски ризик и неосигураност људи

у непредвиђеним ситуацијама, а самим тим и да се спречи стварање, односно продубљивање разлика у друштву по основу доступности здравствене заштите. Појединци солидарно одвајају доприносе за здравствено осигурање у здравствену касу фонда, а лече се у случају потребе, без бојазни да би их нека неопходна, скупа здравствена процедура могла довести у ситуацију банкротства, што, како ћемо касније видети, није ретка појава у САД. Неопходно је посебно имати у виду велики проценат броја осигураних лица у Србији (96.5%) као и велики број здравствених услуга, преко 7.000, које се пружају осигураним лицима о трошку РФЗО. Ипак, два проблема која у

данашње време отежавају функционисање здравственог система у Републици Србији јесу недовољна издвајања за здравствену заштиту и избегавање уплате доприноса за здравствено осигурање.

Према подацима Светске банке, трошкови здравствене заштите по глави становника у Републици Србији су од 2005. до 2008. године имали тенденцију раста, да би од светске економске кризе бележили пад, изузев 2011. године. Трошкови су у 2012. години износили 561\$. Слично, стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП бележила је до 2010. године раст до 11%, да би 2012. године износила 10%, што је ниво из 2007. године (Табела 1).

Табела 1: Трошкови здравствене заштите по глави становника (\$) и стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП (%) од 2005. до 2012. године у Србији. Извор: Светска банка.

Године	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Трошкови здравствене заштите по глави становника (\$)	307	371	547	673	577	546	622	561
Стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП (%)	9	9	10	10	10	11	10	10

Поред знатно скромнијег обима финансијских средстава која се у Републици Србији издвајају за трошкове здравствене заштите у односу на нпр. Хрватску са 908\$, Словенију са 1.942\$ или САД са чак 8.895\$ издвојених средстава по глави становника, у Србији је и пацијентима чија болест изискује веома скупо лечење доступна здравствена заштита. Ту пре свега мислимо на децу којој је потребна трансплантација срца, чији су трошкови лечења од 2013. године покривени из средстава РФЗО, као и пацијенте оболеле од ретких болести. Од 2012. године терапија за десеторо деце оболеле од ретких болести финансира се из буџета. Због скупе терапије и лекова, као и комплексне дијагностике, ови пацијенти

се налазе у специфичној позицији свуда у свету, а врло често скупа дијагноза и лечење може бити основ за њихов неравноправни положај у односу на друге пацијенте, а тиме и стварање разлика у друштву према врсти болести.

Други велики проблем финансирања одрживог система здравствене заштите у Републици Србији је избегавање уплате доприноса за здравствено осигурање. Захтеви који се постављају пред систем здравственог осигурања не могу се испунити без остваривања прихода РФЗО, и то уплатом доприноса од стране свих обвезника. Као разлози за неуплаћивање доприноса за здравство најчешће се наводе проблеми у реструктурирању привредних субјеката,

поступак приватизације, велики број предузећа која су у стечају и ликвидацији. Према подацима Министарства здравља Републике Србије из децембра 2013. године, дуг на име неуплаћених доприноса за здравствено осигурање у Републици Србији је износио 93,47 милијарди динара, од чега је 51,89 милијарди динара ненаплативо. Решавањем проблема наплате неизмирених обавеза за здравствено осигурање, отвара се простор за унапређење квалитета пружања здравствених услуга, повећање њиховог обима, а самим тим и задовољства крајњих корисника - пацијената.

СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У САД

Систем здравственог осигурања у САД одликује се низом специфичности у односу на европске земље, с обзиром на ограничен уплив државе у ово поље јавне политике. Примат тржишних вредности над социјалним у САД одразио се и на функционисање здравственог система у овој земљи. Заснован на добровољности уплате доприноса за здравствено осигурање, преко осигуравајућих компанија, које тржишно послују и где је премија осигурања основ финансирања здравствене заштите, у овом систему не постоји обезбеђено универзално покриће трошкова здравствене заштите.

Како примећује проф. Снежана Ђорђевић, здравствени систем у САД спада у

јако комплексне и дифузне системе, јер је подељен између разних нивоа власти (федералног, државног и локалног), као и између разних јавних, полујавних и приватних институција и актера који често обављају веома сличне послове, па се и преклапају у раду. Битно обележје овог тржишног модела јесте присуство великог броја лица која нису здравствено осигурана. Из тог разлога, значајан број теоретичара овај модел класификује као знатно лошији у односу на друге, с обзиром на неједнак приступ здравственој заштити. Статистика показује да као директна последица слабе здравствене заштите у САД годишње умре око 18.000 људи.

Власти у САД су се питањем здравља становништва слабо бавиле на федералном нивоу, будући да је здравље дуго времена посматрано превасходно као лична вредност и ствар сваког појединца понаособ. Ипак, од 1965. године усвојена су два федерална програма здравствене заштите Medicare и Medicaid, али само за део становништва (старе и сиромашне). Међутим, и поред усвајања ова два програма, велики број људи остао је изван система јавног здравства.

Према подацима Светске банке, трошкови здравствене заштите по глави становника у САД су од 2005. до 2012. године константно имали тенденцију раста. Слично, стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП бележила је раст, а од 2009. до 2012. године износи 18% (Табела 2).

Табела 2: Трошкови здравствене заштите по глави становника (\$) и стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП (%) од 2005. до 2012. године у САД. Извор: Светска банка.

Године	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Трошкови здравствене заштите по глави становника (\$)	6.732	7.110	7.486	7.769	8.009	8.254	8.467	8.895
Стопа учешћа трошкова здравствене заштите у БДП (%)	16	16	16	17	18	18	18	18

Јозеф Стиглиц наводи да се економисти посебно диве здравственом сектору у САД и његовој способности „да испоручи мање за више“. Наиме, трошкови здравствене заштите по глави становника у овој држави су знатно већи у односу на друге развијене земље уз знатно лошији исход – очекивану дужину живота. Прилично је уочљиво да је очекивана дужина живота на рођењу у САД, која износи 78,7 година, знатно испод нпр. већине европских земаља, Јапана, Израела, Канаде, посебно имајући у виду високе трошкове здравствене заштите по глави становника (Графикон 1).

Графикон 1. Очекивана дужина живота на рођењу (у годинама) и трошкови здравствене заштите по глави становника (\$) Извор: ОЕЦД.

Очекивана дужина живота на рођењу (у годинама)

Трошкови здравствене заштите по глави становника (\$)

С обзиром на то да не постоји универзално покриће трошкова пружања здравствене заштите, према подацима U.S. Census Bureau-a, у 2012. години, 48 милиона људи у САД или 15,4%, било је здравствено неосигурано, а здравствено осигурање поседовало је 263,2 милиона људи. Истовремено, број људи обухваћених приватним здравственим осигурањем у 2012. години износио је 198,8 милиона или 63,9%.

Када је у питању висина трошкова полисе здравственог осигурања, како наводи проф.

Снежана Ђорђевић, просечна годишња премија приватног здравственог осигурања за здраву женску особу, стару 55 година, непушача, 2002. године је износила 5.000\$ годишње, а за здраву женску особу, стару 25 година, непушача, 2.500 \$. Потребно је навести да цене варирају у зависности од државе, као и да је овим осигурањем покривена већина здравствених потреба, изузев нпр. козметичких операција, скупих лекова, дуготрајне неге за повређене, болесне или старе.

Незаобилазна тема готово сваке председничке кампање у САД је и реформа система здравственог осигурања. Покушај из 1993. године, тадашњег председника Била Клинтона, да се усвоји Акт о здравственом осигурању (Health Security Act), који би омогућио свим држављанима и легалним мигрантима свеобухватну здравствену заштиту, доживео је неуспех. Овај пројекат је одбијен као веома скуп, а област реформе здравственог осигурања остала је и даље предмет неслагања у оквиру политичког дискурса у САД.

За разлику од свог предходника, актуелном председнику Бараку Обами пошло је за руком 2010. године усвајање реформског Закона о здравственој заштити (Patient Protection and Affordable Care Act) и поред бурних реакција опозиције. Страх је био присутан, како због даљег повећања трошкова здравствене заштите, тако и због губитка профита од стране осигуравајућих компанија. Ипак, новим законом је, први пут, предвиђено универзално покриће здравственом заштитом. Иако ће исправност овакве одлуке бити временом потврђена, према пројекцијама Congressional Budget Office-a, до 2023. године, број неосигураних људи испод 65 година требало би да се смањи на 31 милион.

НЕПРАВЕДНОСТИ У ПРИСТУПУ ЗДРАВЉУ

Када је у питању приступ здрављу, потребно је разликовати концепте „неједнакости“ и „неправедности“ у приступу овој највећој људској вредности. Одређене „неједнакости“ у здрављу могу настати као последица биолошких разлика (нпр. разлика у просечном очекиваном трајању живота између мушкараца и жена). Ове разлике се не могу отклонити и сходно томе не можемо их сматрати непоштеним. Са друге стране, постоје разлике које су производ друштвено-економских кретања (нпр. разлике у смртности од одређених болести између припадника различитих друштвено-економских класа). Ове разлике се могу отклонити и сходно томе можемо их сматрати непоштеним и неправедним. Светска здравствена организација дефинише „неправедност“ у здрављу као неуспех у избегавању или савладавању неједнакости у здрављу чиме се угрожавају људска права.

Последњих година, у готово свим државама, приметна је све већа неправедност у приступу здравственој заштити. Наступајућа економска криза довела је до дубоких резова у буџетима многих држава, стварајући на тај начин притисак и на здравствени систем, уз повећање неправедности у приступу здрављу. Овакво стање погађа све категорије становништва, нарочито угрожене групе – старије особе, децу, мањинске групе, избеглице, незапослена лица, породице са самохраним родитељима, бескућнике, што доводи до појаве нетражења или одлагања тражења здравствене заштите, а тиме и до погубних последица по здравље људи. Фактори који су у корену ове појаве су различити: старење становништва, сиромаштво, корупција, специфичност животног окружења, појава нових болести, развој нових технологија, нарасли административни трошкови, стигма, дискриминација и др. Анализирајући систем здравственог осигурања

у Републици Србији и САД, намеће се закључак да је слика тзв. подељеног друштва на оне категорије становништва којима је здравствена заштита доступна и групе пацијената који остају ускраћени за пружену здравствену услугу, израженија у САД.

Систем здравствене заштите у САД многи сматрају слабо доступним великом броју грађана. Национална студија која је спроведена 2007. године у САД открила је да је чак 62,1% банкротстава узроковано дуговањима насталим услед плаћања здравствених услуга. Овај проценат повећан је за 12,5% у односу на резултате сличне студије која је реализована 2001. године. Највећи број људи који је банкротирао спадао је у категорију образованих, средње класе, са дугом од преко 5.000\$ на име неизмирених трошкова здравствених услуга. Уколико упоредимо резултате студија из 2001. и 2007. године, долазимо до закључка да болест и неплаћени рачуни за пружене здравствене услуге представљају све већи узрок банкротстава у САД. Ова ситуација директна је последица начина организације система здравственог осигурања, који постаје катализатор осталих проблема у друштву. Како примећује Јозеф Стиглиц, за разлику од других напредних индустријских земаља, где се приступ здравственој заштити узима као основно људско право, где породице не морају да брину како ће платити рачун лекару или да ли могу да приуште својим родитељима здравствену заштиту, у САД губитак посла значи губитак здравственог осигурања, а вероватно и губитак куће.

Иако у анализи полазимо од претпоставке да тржишни модел организације система здравственог осигурања у САД доводи до израженијих подела у друштву по основу пружања здравствене заштите пацијентима него у Републици Србији, извукли бисмо једностран закључак уколико тврдимо да у Србији такве разлике не постоје. У првом националном извештају о социјалном

укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији наводи са да вредности показатеља којима се мери доступност здравствене заштите указују на напредак. Међутим, и даље постоје неједнакости у исходима по здравље становника у општој популацији и у посебно осетљивим групама. Клаус Офе у књизи „Модерност и држава“, као један од проблема са којим се суочавају источноевропске земље у транзицији у формирању социјалне политике, наводи да ће прелаз са универзално доступних и бесплатних услуга на деволуцију, приватизацију, субсидијарност и комбиновану социјалну помоћ, укључујући и трансформацију јавног система здравства, у коме се осећа озбиљан недостатак финансијских средстава, у двостепени здравствени систем, неизбежно ускратити ове услуге великим деловима становништва.

Ипак, чињеница је да у Србији преко 1,3 милиона људи, односно 20% становништва не ради, не остварује приходе и не плаћа здравствено осигурање, али остварује право на здравствену заштиту. Са друге стране, у САД 48 милиона људи, односно 15,4% становништва је здравствено неосигурано и они не могу да очекују било какву врсту здравствене неге. У болницу могу бити примљени без здравственог осигурања као хитан случај, али ће им за лечење бити испостављен рачун. У Србији свако лице има право на хитну медицинску помоћ.

Уколико пођемо од чињенице да је просечна бруто зарада у Србији око 43.000 динара, издвајање за здравствено осигурање по запосленом износи 5.289 динара месечно $(12,3\%)^2$, а тиме се обезбеђује здравствено осигурање и за чланове уже породице.

Просечан запослени за цео свој радни век издвоји око 2,2 милиона динара, што је сума која покрива трошкове нпр. лечења дијабетеса или трошкове дијализе за годину дана. Са друге стране, просечна зарада у САД износи око 3.000 долара. За основни пакет здравственог осигурања издваја се око 300 долара, што не покрива трошкове здравствене заштите чланова породице, као ни лечење тежих обољења. Осигурање које пружа пуно покриће кошта око 1.000 долара месечно и није доступно свима.

ЗАКЉУЧАК

У раду смо покушали да, кроз анализу система здравственог осигурања у Републици Србији и САД, опишемо како начин организације система утиче на стварање друштвених разлика и подела у друштву. Осећај неједнакости, неправедности, односно ускраћености нечега што други поседују на основу класне, расне, етничке, полне поделе, нарочито када је у питању здравље, може имати далекусежне последице у друштву. Иако социјално раслојавање и стварање друштвених разлика није искључива последица организације система здравственог осигурања, нити се може елиминисати искључиво преласком на други облик модела, циљ ове анализе био је да укаже на последице по здравље људи које производи организација здравственог система. Поред основног захтева да се смање неједнакости по основу доступности здравствене заштите, као и чињенице „несавршености“ људског друштва, решавање проблема неправедности у приступу здрављу остаје изазов за будућност.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization, Programmes and projects. Health impact assessment (HIA). Glossary of terms used. Health inequality and inequity. Dostupno preko: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> (Приступљено 17.4.2014).
2. Републички фонд за здравствено осигурање. Статистика и извештаји. Статистика 2014. Број осигураника. Доступно преко: <http://www.rfzo.rs/index.php/statistika-rzzo-menu/45-stat2014/580-broj-osig-stat2014> (Приступљено 17.4.2014).
3. Републички завод за статистику. Подаци. Актуелни показатељи. Доступно преко: <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=2> (Приступљено 17.4.2014).
4. World Bank. World Data Bank. World Development Indicators. Dostupno preko: <http://data.worldbank.org/country/serbia> (Приступљено 17.4.2014).
5. Министарство здравља РС. Актуелности. Активности министра. Доступно преко: <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=63> (Приступљено 17.4.2014).
6. World Bank. World Data Bank. World Development Indicators. Dostupno preko: <http://data.worldbank.org/country/united-states> (Приступљено 17.4.2014).
7. Dye TR. *Understanding Public Policy*, Upper Saddle River, New Jersey, 2002.
8. Kraft ME, Furlong SR. *Public Policy-Analysis and Alternatives*. CQ Press, Washington DC, 2004.
9. Ђорђевић С. *Анализе јавних политика*. Чигоја штампа, Београд, 2009.
10. Stiglitz JE. *The Price of Inequality: How today's divided society endangers our future*. W.W. Norton & Company, New York, 2012.
11. DeNavas-Walt C, Proctor BD, Smith JC. 2013, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau.
12. Ђорђевић С. *Власти у акцији – свет јавних услуга*. Чигоја штампа, Београд, 2008.
13. Congressional Budget Office. Presentation on Federal Health Care Spending at Williams College, 2014. Доступно преко: <http://www.cbo.gov/publication/45143> (Приступљено 17.4.2014).
14. World Health Organization. Topics, Health System. Dostupno preko: http://www.who.int/topics/health_systems/qa/en/ (Приступљено 17.4.2014).
15. Himmelstein DU, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study, *The American Journal of Medicine*, 2009; no.8: 122.
16. Први национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, Влада Републике Србије, Београд, 2011.
17. Офе К. *Модерност и држава*. Филип Вишњић, Београд, 1999.

Контакт: Тина Аничич, мастер политиколог међународних студија, Министарство здравља Републике Србије, Немањина 22-26, Београд.