

Ibrahim Totić¹

POLITIKA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA

Porez je naknada koju plaćamo da bismo živeli u organizovanom društvu, s tim što on nikom

ne daje pravo da poreskog obveznika razori već da ga održi u životu.

(FRANKLIN DELANO RUZVELT)

Apstrakt: Zdravlje ljudi u svakoj državi zavisi od vladine oficijelne politike i strategije, a zatim i od zdravstvene politike i rezultata u smislu realizovanih zdravstvenih ciljeva, programa i pravilnog rukovanja raspoloživim potencijalima. U ovom radu je zapravo afirmisana i uloga vlade Sjedinjenih Američkih Država jer je ona presudna u utvrđivanju programa i mera zdravstvene politike i u kontroli i vrednovanju realizovanih strateških ciljeva. Ciljevi se odnose na povećani obuhvat građana zdravstvenim osiguranjem, na podizanje ukupnog zdravstvenog kvaliteta, angažovanje raspoloživih i nalaženje novih potencijala i na sprečavanje uzlaznog toka zdravstvenih troškova. Pravovremena realizacija ciljeva postiže se uvećanjem zdravstvenih vrednosti, studioznim analizama rezultata konkretnih zdravstvenih programa, racionalnom upotrebom angažovanih faktora i pripremom materijala za preduzimanje narednih akcija. Iako relevantan pokazatelj, visok kvalitet zdravlja ne uspeva da oslobodi građane Sjedinjenih Američkih Država stalnog i neubedljivog uveravanja, da za njegovo dostizanje najveće zasluge pripadaju osiguravačima i njihovom nesebičnom angažovanju. To nije i ne može biti tačno, a cilj ovog rada je da to i dokaže. Uveravanja te vrste zaklanjaju istinu budući da kvalitet zdravlja svakog građanina u najvećoj meri zavisi od njegovog odnosa prema ličnom i tuđem zdravlju i od uticaja političkih, društvenih, socijalnih, tehničkih i ekonomskih faktora. To je razlog zašto savremeni analitičari smatraju da bi Sjedinjene Američke Države trebalo da napuste filozofiju da sve vrednuju novcem, a naročito život i zdravlje građana.

¹ Državni univerzitet u Novom Pazaru, e-mail: ibrahimtotic@yahoo.com

Što se tiče velike nepokrivenosti građana zdravstvenim osiguranjem ona ne bi predstavljala poseban problem, međutim, on je tim veći što se njegovo rešavanje ne želi na pravi način. Nejednakost u tretmanu zdravstvenih osiguranika zbog njihovog pripadanja pojedinim, posebno vulnerabilnim kategorijama, ne bi predstavljala problem kada bi postojalo veće raspoloženje da se ljudi *an masse* jednako vrednuju. Sjedinjene Američke Države su dugo godina bile jedina visokorazvijena, industrijska država koja nije obezbeđivala uslove u kojima bi svi građani imali zdravstvenu zaštitu (državno osiguranje ili neku vrstu privatnog osiguranja). Dublja analiza ovog i njemu sličnih problema pokazuje da kritičari aktuelne zdravstvene politike počinju sami sebi da smetaju. Naime, njih brine činjenica da u zdravstvu Sjedinjenih Američkih Država starija i bolesnija populacija obilato koristi sredstva zaposlenih (i dobrostojećih) slojeva stanovništva što, po njihovom mišljenju, uzrokuje nepravilnu raspodelu budžetskih sredstava. Ako je tako (stvari su u redu ili O. K.), ali se postavlja pitanje, čemu onda toliko brige i imperativnih želja za povećanim životnim vekom njihovog građanina?

Ključne reči: zdravstvena zaštita, finansiranje, programi finansiranja, troškovi, strategije

UVOD

U Sjedinjenim Američkim Državama veliki broj problema, pa i onih u zdravstvenoj delatnosti, rešava se merama fiskalne politike, s tim što se ni mnoga rešenja ne smeju smatrati uvek izvodljivim. To su odgovorno shvatile političke strukture i počele su ozbiljnije da se bave bitnim pitanjima, a najpre pitanjima fiskalne politike i njenog uticaja na funkcionisanje zdravstvenog sektora. Rasprave idu u pravcu da se poslodavci isključe iz poreske obaveze kako bi sponzorirali zdravstvenu zaštitu i pomogli finansiranje troškova nastalih usled većeg zdravstvenog obuhvata. Prognocljivom i veštom analitičaru ne može promaći signal da su troškovi zdravstvene zaštite i u Sjedinjenim Američkim Državama univerzalan i svojevrsan problem. Na primer, u 1990. godini, iznosili su 714 milijardi \$ US, da bi 2008. dostigli 2,3 biliona \$ US, što je povećanje preko tri puta. Podsećanja radi, 1980. iznosili su „samo“ 253 milijarde \$ US, ili osam puta manje nego u 2008. godini. Evidentno je da je porast troškova postao glavni politički prioritet, pa se vlada, poslodavci i potrošači grčevito bore da zaustave, obuzdaju ili da uspore njihovu ekspanziju. Zdravstvena politika u Sjedinjenim Američkim Državama ako ima jasan cilj, a trebalo bi da ima, mora makar da ponudi odgovor na pitanja, koji su glavni pokretači rasta zdravstvene potrošnje, kako se efektno suzbija njena ekspanzija, koja je uloga vlade u njenom rastu i kako se najlakše sprovode mere štednje? Pitanja će, po svemu sudeći, duže vreme ostati bez pravog odgovora, budući da je na tlu Sjedinjenih Američkih Država posejano

seme iz koga je nikla aktualna ekonomska kriza. Zato je sve izvesnije da će nezadovoljstvo severnoameričkih građana još više rasti, prvo, zbog nedovoljnog kvaliteta zdravstvene zaštite, a drugo, zbog korporativne pohlepe, visoke stope nezaposlenosti, zaplene njihovih kuća i drugih nepokretnosti od strane nezasitih banaka nameračenih na njihovu imovinu.

I pored toga, sigurno je da će u Sjedinjenim Američkim Državama primat u sistemu zdravstvene zaštite i dalje imati tržišni model koji pruža kvalitet jedino ako se usluge skupo plate, iako ni tada nema dovoljno garancija da će kvalitet zdravstvene zaštite biti u skladu sa izdvajanjima. Zato se sumnja u zdravstvene reforme, jer preovladavaju mišljenja (u mnoga treba verovati) da one do sada nisu suštinski sprovedene niti su imale značaj kada je u pitanju kvalitet zdravstvenog osiguranja. Niko ne spori da će tržište i dalje biti moderator svih odnosa i zbivanja i da će preko 15 miliona građana Sjedinjenih Američkih Država biti bez ijednog vida zdravstvenog osiguranja. Da bi američki građanin dobio priliku da bude osiguran, treba da priloži lekarska uverenja o svim vrstama oboljenja (ili da ih nema), da bi mu osiguravajuće društvo ponudilo ugovor o osiguranju i odredilo visinu premije koju treba da uplaćuje. U američkoj praksi veći broj osiguravajućih društava ne želi da zaključi bilo koju vrstu ugovora o zdravstvenom osiguranju sa licima koja prema njihovim kriterijumima imaju status rizičnih klijenata, a to nijedna reforma nikada ne može učiniti u interesu građana. Model privatnog zdravstvenog osiguranja u Sjedinjenim Američkim Državama je doskora karakterisao mali obuhvat stanovništva, odnosno veliki broj neosiguranih lica i finansiranje zdravstvenih usluga iz fondova privatnog osiguranja. Sredstva fondova formiraju se od uplaćenih premija kupaca-mušterija, bez obzira da li ih uplaćuju poslodavci u ime svojih zaposlenih ili sami građani.

Mnogo je elitista koji smatraju da i od američke zdravstvene politike i zdravstvenog sistema postoje bolje uređeni, racionalniji i ekonomičniji sistemi u kojima se ljudsko zdravlje humanije čuva i realnije vrednuje. Ovo je sugestija čitaocu da ne očekuje kao dokaz stvarnosti ni veliku glorifikaciju niti izražen odijum, budući da su Sjedinjene Američke Države prostor u kome je zdravstvena sigurnost građana vrhunsko dostignuće. Ovaj aspekt ne bi smeo da bude zanemaren, iako on kritičarima, koji su zaboravili da suprotstavljanje relevantnim činjenicama predstavlja avanturu neizgrađenog duha, ne znači puno.

Mnogi od njih često iznose podatke da zdravstveni sistem u Sjedinjenim Američkim Državama ostvaruje slabije rezultate od drugih isto tako razvijenih zdravstvenih sistema, ali ne predlažu adekvatna rešenja, a postojeća jednostavno smatraju katastrofalnim. Međutim, olako prelaze preko činjenice da se ipak njena zdravstvena politika sprovodi besprekorno, da zdravstvena služba vrhunski funkcioniše i da je u američkom zdravstvu angažovan najstručniji i najprofesionalniji zdravstveni i drugi kadar na svetu.

Cilj rada

Cilj rada je diskusija o stavu osiguravača da vlada Sjedinjenih Američkih Država u javnom sektoru obezbeđuje između 60 i 65% sredstava za finansiranje zdravstvene potrošnje. Da se sredstva usmeravaju na finansiranje različitih programa, među kojima dominiraju Medikar (*Medicare*), Medikal (*Medicall*) i Medikaid (*Medicade*) programi, Program zdravstvenog osiguranja dece i Program Uprave za zdravstvenu zaštitu ratnih veterana. Zdravstvena politika još uvek najrazvijenije ekonomije na svetu zasnovana je na relevantnim pokazateljima koji pritiskaju vladu, ali i privatni sektor, da koncipiraju i usvajaju konkretne programe zdravstvene zaštite i zato se smatra politikom budućnosti. Ona se čvrsto naslanja na dostignuća savremene medicinske nauke, na rigorozno kontrolisanje finansijskih tokova i na pravilnu primenu farmakoloških i tehnno-ekonomskih procedura.

Zdravstvena politika i zdravstvena zaštita

Ukupna zdravstvena politika, ne samo u Sjedinjenim Američkim Državama nego i šire, mora biti shvaćena kao svesna i odgovorna aktivnost, usmerena na postizanje specifičnih ciljeva zdravstvene zaštite primenom adekvatnih instrumenata i efektivnih mera, angažmanom stručnih egzekutora i racionalnim korišćenjem raspoloživih resursa. Uprkos širokom spektru mišljenja da je zbog toga reč o komplikovanoj politici, treba istaći suprotno, jer stvari stoje sasvim drugačije. Pre bi se moglo govoriti o konkretnim zahtevima za sprovođenje precizno donešenih odluka, planova i akcija koje su zvaničnici Svetske zdravstvene organizacije (SZO) promovisali kao viziju budućnosti, nego o komplikovanoj politici koja stvara dodatna opterećenja. S obzirom na to da se radi o viziji, treba istaći da ona ističe prioritete i očekivano učešće različitih grupa, obezbeđuje konsenzus kod velikog broja pitanja i obaveštava ljude o mogućnostima za pristupanje svim oblicima zdravstvene zaštite. Dakle, zdravstvena politika nije svet za sebe, bez obzira što je jedan od najvitalnijih sastojaka globalne politike Sjedinjenih Američkih Država. Ona je, u skladu sa svojom prirodom i sadržinom, prostrana paleta koju strukturiraju druge, uže politike i/ili njihovi specifični delovi. Bilo kako da je shvaćena, teorijski ili praktično, ona može biti sve osim lista taksativno navedenih želja, želja koje to često i nisu, s obzirom na njihov pravi smisao. Ako su želje neostvarive ili teško ostvarive, a u mnogo slučajeva jesu, onda takav pristup dodatno erodira kompletan koncept politike zdravstvene zaštite. Zbog toga je od velike važnosti da zdravstvena politika *va bank* pretpostavlja tehnologiju dodeljivanja i uživanja prava na zdravstvenu zaštitu, veliki obuhvat stanovništva, proces neometanog finansiranja zdravstvene industrije i potrošnje, aktivno zadovoljavanje zdravstvenih potreba i korektnu farmaceutsku zaštitu.

Od zdravstvene politike u tako razvijenoj državi, centru grupe G 5 (poznata KVINTA), što Sjedinjene Američke Države jesu, s pravom treba očekivati da svoju aktivnu funkciju obavlja u cilju očuvanja javnog zdravlja i promoviše programe koji sadrže načine i principe vođenja kvalitetnog života građana. Na primer, neka to bude sprovođenje aktivnosti u borbi protiv uživanja duvana, alkohola i razarajućih opijata, sa ravnopravnim tretmanom različitih korisnika zdravstvene zaštite. Neka to bude i kod procedura imunizacije, borbe protiv savremenih bolesti, pravilnog dojenja, očuvanja okoline i kod stvaranja uslova potrebnih za pravilan razvoj i negovanje biološkog i humanog kapitala. Tokom prve decenije XXI veka, delovanje zdravstvene politike na tlu Sjedinjenih Američkih Država bilo je tema različitih debata, među kojima je najintenzivnija ona koja je najmanje potrebna, politička. Zašto? Zato što se rezultati zdravstvene politike odnedavno vrednuju kroz političku prizmu, nezavisno od toga koliko je ona kao merni instrument zaista precizna. Politička ocena se svodi na približavanje ivici gapa (jaz) koji je posledica suženih mogućnosti finansiranja i narasle zdravstvene potrošnje, usled proširenog obima prava na zdravstvenu zaštitu i sve većih zahteva osiguranika.

U uslovima kakvi jesu, očekuje se da sve probleme reši zdravstvena politika zbog čega uvek dobija nove, prema mnogim mišljenjima, znatno teže zadatke. Njena sudbina je borba sa finansijskim problemima, mukotrpa inicijativa u nalaženju načina da se galopirajuća zdravstvena potrošnja, izazvana delovanjem različitih činilaca, neometano finansira i kada su sredstva za te namene nedovoljna. A u kojoj meri su takvi pokušaji opravdani i kakvi se rezultati očekuju, budući da obzirom da velika ekonomska kriza od 2008. godine potresa svet i ne samo što ne jenjava, nego preti da znatnije ekspandira, lako se može zaključiti. Tokom zadnjih decenija XX veka, porast zdravstvene potrošnje u Sjedinjenim Američkim Državama, kao i u većini drugih industrijski razvijenih država sveta, postao je glavni problem zdravstvene politike. Ali nije reč samo o borbi sa finansijskim problemima (lista je mnogo šira), radi se i o drugim prepoznatljivim manjkavostima čije prisustvo devastira njenu vrednost i otežava realizaciju ciljeva. Zdravstvena zaštita je velikim delom i zbog toga postala predmet živih, na momente oštih rasprava koje često izlaze iz okvira učtivog ponašanja. Mnogi učesnici u raspravama o njoj imaju jedan jedini cilj, osporavanje određenog koncepta i dezavuisanje postignutih rezultata. Programe, mere i ciljeve zdravstvene politike svi vrednuju različito, a ustaljena praksa je, da se kritički osvrću na obim prava na zdravstvenu zaštitu, pristupe, pravičnost, efikasnost, cene, izbor, ekvivalentne vrednosti i uopšte na njen ukupni kvalitet. Kritički nastrojeni analitičari smatraju da je u mnogo čemu ona nedosledna, i zbog njenih nejasnoća aktuelni američki sistem zdravstvene zaštite, osim što posrće, znatno zaostaje za drugim razvijenim sistemima u svetu, naročito za kanadskim. Zato, smatraju oni, njen koncept ne uliva nadu da se mogu očekivati bolji uslovi u kojima bi funkcionisala kvalitetnija zdravstvena zaštita. Čvrsto su uvereni da mnoge projekcije i namere nisu u skladu sa realnim potrebama

i zadacima. Prema njihovom mišljenju ovako koncipirana zdravstvena politika nema odgovarajući kapacitet koji bi predstavljao adekvatnu logistiku zdravstvenoj zaštiti čija je obaveza da bude ekvivalent utrošenim finansijskim sredstvima. Imajući u vidu da je Kongres Sjedinjenih američkih država tesnom većinom (219:212) izglasao novi Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju što je kruna zdravstvenih reformi predsjednika Baraka Hoseina Obame, mnogim građanima Sjedinjenih američkih država zdravstveno osiguranje postalo je pristupačnije i primjenjivaće se na osobe slabijeg imovinskog stanja.

Da bi ciljevi zdravstvene politike u Sjedinjenim Američkim Državama bili realno postavljeni i realizovani, njihovi protagonisti, kao malo koji u drugim državama, moraju biti svesni da je neophodan multidisciplinarni pristup činiocima (doprinos medicinskih, socijalnih, ekonomskih i institucionalnih) koji deluju u okviru nacionalnog zdravstvenog sistema i da oni nemaju alternativu. Kada je reč o pomenutim faktorima za sprovođenje efektne zdravstvene politike, važno je precizno utvrditi koji od njih jasnije od ostalih determiniše obim zdravstvene potrošnje. Promoteri zdravstvene politike nekada mogu zanemariti premisu koliko njihova država treba da izdvađa za zdravstvenu zaštitu. Mada ih to ne oslobađa obaveze da aproksimativno operišu sa fondovima finansijskih sredstva koja su uslov za funkcionisanje zdravstvenog sistema i kako da raspoložu sa spektrom različitih varijabli, od kojih zavise pomenuti fondovi. Njihova obaveza u okviru zdravstvene politike određena je poznavanjem strukture bolesti, sklonostima ka obolevanju, a zatim razlikovanjem uticaja socijalnih, privrednih i geografskih uslova, kao i procenjivanjem očekivanog trajanja životnog veka populacije.

Zdravstveni programi i finansiranje

Zdravstveno osiguranje, odnosno pokrivenost populacije jednim od njegovih oblika predstavlja gorući problem u Sjedinjenim Američkim Državama. To je razlog zašto Federalna vlada preduzima ozbiljne korake ka utvrđivanju i realizaciji programa koji bi povećali obuhvat građana zdravstvenim osiguranjem. Prema zvaničnim izveštajima, neosigurani stanovnici, njih oko 38% živi u domaćinstvima koja na nivou godine ostvaruju prihode od 50,75 ili više hiljada \$ US. Svakako najznačajniji poduhvat je preko Medikar (*Medicare*), Medikal (*Medicall*) i Medikajd (*Medicaid*) programa, koji su upriličeni za korisnike zdravstvene zaštite. Medikar je savezni program zdravstvenog osiguranja koncipiran sa ciljem da obuhvati osobe od 65 godina života i starije i mlađe osobe ali sa invaliditetom, koji su najveći potrošači zdravstvenog osiguranja. Većina ljudi su Medikar-korisnici po odlasku u penziju zato što su uživaoci prava na socijalno osiguranje ili su korisnici neke vrste davanja po osnovu invalidskog osiguranja. Oni koji su korisnici dodatnih prihoda, na primer, finansijske podrške za izbeglice ili hraniteljske pomoći, automatski stiču pravo na zaštitu u okviru Medical-

programa, s tim što to pravo imaju i neki korisnici Medikar-programa (stare osobe, slepi, invalidi, trudnice, roditelji ispod 21 godine i štíćenici staračkih domova).

Praktično, građani Sjedinjenih Američkih Država istovremeno mogu biti korisnici oba programa, jer njihovi provajderi imaju identične interese, tesno saraduju i nastale troškove zdravstvene zaštite plaćaju prema utvrđenom redosledu. Medikar-program plaća prvi a Medikal drugi. Prilikom korišćenja zdravstvenih usluga moraju se uvek pokazati obe legitimacije o osiguranju radi identifikacije i kategorizacije usluga i redosleda u plaćanju. Medikar-program pokriva četiri dela (ili oblasti) zdravstvenog osiguranja, tako da se korisnicima pruža prilika da u skladu sa finansijskim mogućnostima biraju deo:

1. *A*, koji obezbeđuje bolesničke usluge i bolesničku negu pod određenim uslovima;
2. *B*, koji obezbeđuje vanbolničke medicinske koristi i laboratorijske takse;
3. *C*, koji predviđa prednosti kroz razne zdravstvene planove koje pacijenti mogu dobijati u bolnicama i van njih u skladu sa izabranim programom i
4. *D*, koji obezbeđuje pokrivenost troškova zdravstvene zaštite, propisanih farmakoloških procedura i lekova na izdati recept.

Delovi *A* i *B* Medikar-programa pokrivaju rashode samo za neophodne medicinske usluge, uključujući zaštitu mentalnog zdravlja, ali ne i rashode za usluge u stomatologiji. Medikar-program je u kompetenciji Federalne vlade, koja ima mandat da na osnovu relevantnih postulata koncipira i sprovodi zdravstvenu politiku. Njegovi korisnici imaju široka prava na informacije i savete u vezi sa načinom osiguranja, obimom i kvalitetom zdravstvene zaštite, zastupanjem i/ili pružanjem stručne pomoći u rešavanju problema. U skladu sa iznetim, korisnici imaju mogućnost da ulože žalbu na štetne odluke, na primer u vezi sa plaćanjem ili nepoštovanjem odredbi iz utvrđenih zdravstvenih planova koje su odabrali na osnovu ponuđenih smernica. U slučaju da neki korisnici Medikajd-programa iz nekog razloga koriste zdravstveno osiguranje u Medikar-programu i da, pored uplata premija, ne mogu snositi svoje zdravstvene troškove, Medikajd-program može stati iza njih i uplatiti pripadajuće premije. Medikajd-program obuhvata osobe koje nisu u stanju da sebi priušte pravo na zdravstvenu zaštitu jer ne ostvaruju finansijske prihode ili ih ne ostvaruju u dovoljnoj meri. Ovom programu je inače svojstveno da često čini ustupke pojedinim kategorijama osiguranika (trudnice, deca, siromašni) i da im omogućava korišćenje određenog obima zdravstvene zaštite, ali samo u za to određenim klinikama i/ili bolnicama.

Ukoliko korisnik pod određenim okolnostima (gubitak zaposlenja, skraćeno radno angažovanje, duže odsustvo i sl.) izgubi pravo na osiguranje Medikajd-program ne prestaje sa uplatom beneficija i pokrivanjem zdravstvenih troškova u njegovu korist. Medikajd-program može platiti korisniku zdravstvene usluge i u slučaju kada

on to ne može da učini zbog starosne dobi, loših finansijskih okolnosti, nezavidne porodične situacije ili zbog promene načina na koji organizuje život. Na drugoj strani, ako su korisnici u mogućnosti da štede, Medikajd-program im nudi i takvu soluciju. Oni plaćaju svoje premije, a Medikar-program plaća premije i odbačene stavke. Osobe obuhvaćene Medikajd-programom imaju apsolutno pravo na svoju privatnost, tako da se informacije o njihovom zdravlju, privatnim aktivnostima, bračnom i imovinskom statusu mogu dobiti i koristiti isključivo uz njihov pristanak ili ako je to krajnje nužno, na primer radi sudskih sporova.

Finansiranje zdravstvene zaštite američkih građana je neobično važno pitanje. U ingerenciji Federalne vlade je da uređuje zdravstveni sistem čiji je osnovni cilj obezbeđivanje i distribucija finansijskih sredstava za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite. Iako ne raspolaže ni sa jednim oblikom zdravstvenog osiguranja koji bi apsolutno obuhvatio sve građane Sjedinjenih Američkih Država, vlada svojom zdravstvenom politikom fokusira problem finansiranja zdravstvenih usluga na osnovu ekonomskog rizika koji preta da ekspanira zbog njihovog niskog zdravstvenog stepena. S obzirom na to da 84,7% građana Sjedinjenih Američkih Država ima neki vid zdravstvenog osiguranja (preko poslodavca, supružnika ili roditelja), Federalna vlada za njihovo finansiranje koristi model:

1. opšteg oporezivanja na nivou države, okruga ili opština;
2. socijalno-zdravstvenog osiguranja;
3. dobrovoljnog/privatnog zdravstvenog osiguranja;
4. direktnog plaćanja usluga ili isplata iz sopstvenog džepa i
5. doniranja od strane raznih dobrotvora.

Međutim, u mnogim federalnim državama se, pored navedenih modela, primenjuju njihove kombinacije, odnosno model miks-finansiranja. U takvim slučajevima način distribuiranja sredstava na određene nosioce troškova varira od jedne do druge federalne države, a neretko se varijacije tokom vremena mogu sresti i unutar svake od njih. U zdravstvenoj politici svake federalne države, ali u skladu sa njenom jurisdikcijom, kreira se tehnika finansiranja. Jurisdikcija upućuje na relevantne propise i njihovu striktnu primenu i podstiče vladu i privatni sektor da donose odluke koje se tiču zdravstvene politike i usvajanja specifičnih programa, mera, tehnike i nivoa finansiranja. Na primer, socijalno-zdravstveno osiguranje podrazumeva model u kome cela populacija ima pravo na pokriće zdravstvene zaštite, pri čemu su i obuhvat i način pružanja zdravstvenih usluga zakonom regulisani. U takvim okolnostima osiguranici bi kao najbolji oblik zaštite njihovog zdravlja doživljavali univerzalnu zdravstvenu zaštitu, koja bi ih oslobodila plaćanja premija osiguranja i/ili ličnog učešća u zdravstvenim troškovima. Time je istaknut značaj opredeljenosti za preventivnu zdravstvenu zaštitu koja, gledano na duže vreme, sužava prostor

raznim bolestima, smanjuje zdravstvene troškove i umnogome sprečava ekspanziju zdravstvene potrošnje.

U zdravstvenom sistemu Sjedinjenih Američkih Država posebno pitanje je odnos javnog i privatnog (dobrovoljno) finansiranja zdravstvene zaštite. Postoje tvrdnje da javno finansiranje zdravstvene zaštite unapređuje kvalitet i efikasnost ličnim kontaktom zdravstvene zaštite jer javna (državna) potrošnja ima suštinski značaj kada je u pitanju pristupačnost i održivost zdravstvenih usluga i programa. Javno finansirana zdravstvena zaštita (državna), koja je uzgred besplatna, poslovično prouzrokuje zahtevnije medicinske procedure i usluge, što ima za posledicu porast ukupnih zdravstvenih troškova. Dodeljena javna sredstva, bilo da su ograničena ili ne, ne lišavaju neosigurane građane obaveze da iz sopstvenog džepa plaćaju troškove za korišćene zdravstvene usluge. Primedba je da bi javna sredstva mogla biti racionalnije upotrebljena, na primer kod pružanja usluga iz delokruga hitne pomoći, pri čemu status ili finansijska sposobnost osiguranika pri plaćanju takvog tretmana ne bi bio naročito bitan. Na drugoj strani, privatni sistemi, odnosno osiguravajuće kompanije smanjuju rasipništvo i birokratiju uklanjanjem nepotrebnih izvršilaca-provajder poslova, smanjenim čekanjima na specijalističke usluge i većim mogućnostima upotrebe savremene tehnologije u zdravstvenim procedurama. Paralelno sa tim, smanjuje se obimna dokumentacija koju profesionalci, ugovarači osiguranja obrađuju i na taj način povećavaju koncentrisanost na potrebe osiguranika. To su argumenti za one koji veruju da privatno finansiranje poseduje organizovaniju zaštitu i time podiže kvalitet zdravstva na viši nivo i za one koji imaju dilemu na koji način privatno finansirana zdravstvena zaštita postiže bolje rezultate i veću efektivnost. Osim toga, privatno finansiranje zdravstvene zaštite i efektno upravljanje resursima (finansijska sredstva) sprečava Federalnu vladu da povećava poreske stope i da sa povećanim porezima podmiruje troškove zdravstvene zaštite. To je ujedno i najbolji način da se izbegnu konflikti među vladinim agencijama i da se osujeti porast birokratskog uticaja.

Troškovi zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama

Troškovi zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama, u odnosu na privredne potencijale,

ekonomsku snagu i ostvareni bruto domaći proizvod (BDP), premašuju iste u svim drugim državama u svetu. Ukupna američka zdravstvena potrošnja pokazuje tendenciju da u narednim godinama naraste do alarmantnih visina. Svaki \$ US potrošen na zdravstvenu zaštitu u Sjedinjenim Američkim Državama može

pojedinačno da se posmatra i valorizuje. Tako 31% odlazi na bolničku negu, 21% za lekare koji pružaju kliničke usluge, 10% za plaćanje lekova, 4% pokrivaju stomatološke usluge, 6% smeštaj i negu u domovima, 3% odlazi za kućnu negu, 3% na maloprodajne proizvode, 3% za vladine javne zdravstvene aktivnosti, 7% podmi-

ruje administrativne troškove, 7% otpada na investicije, a preostalih 6% pokrivaju ostale profesionalne usluge. U toku 2009. godine, Sjedinjene Američke Države (lokalne vlade, korporacije i pojedinci) su za pružanje zdravstvene zaštite potrošili 2,5 triliona \$ US ili 8.047 \$ US po osobi, ili 17,3% od bruto domaćeg proizvoda (BDP), a u 2010. izdvojeno je 17,9% iz bruto domaćeg proizvoda (BDP), ili 8.362 \$ US po osiguraniku.

Zaključak je da troškovi zdravstvenog osiguranja rastu brže i od zarada i od inflacije i da je više od polovine rasta zdravstvene potrošnje, koja je obeležila poslednje decenije XX i prvu deceniju XXI veka, posledica tehnološkog progresa, promena u osiguranju i u zdravstvenim materijalnim i humanim resursima. Zdravstvena potrošnja je rasla u skladu sa prihodima koje su određene kategorije građana ostvarivale u uslovima osiguranja, koje su diktirali provajderi i u skladu sa zaradama zdravstvenih stručnjaka. Osim toga, porast potrošnje je i posledica obilne upotrebe farmaceutskih proizvoda, što je karakteristično za bolesne i starije osobe. To je ozbiljan signal za štednjom, međutim, njeni zagovornici tvrde da je ona moguća samo u sprovođenju mera i procedura kod preventivne zdravstvene zaštite i da se u drugim vidovima ne mogu očekivati značajniji rezultati. Iako je rezultat serioznih istraživanja, da je štednja moguća isključivo u preventivnoj zdravstvenoj zaštiti, to ne znači da ona smanjuje nivo zdravstvene potrošnje ili da makar generiše značajnije uštede na duže vreme.

Kada je preventivna zdravstvena zaštita u pitanju, mora se uzeti u obzir da će pružanje zdravstvenih usluga osobama u poznim godinama života značajno doprineti porastu troškova. Tako će porast troškova zdravstvene zaštite (naročito u prevenciji) kompanije koje plaćaju njihove različite vrste za svoje zaposlene dovesti u nezavisan položaj, a američki zdravstveni sistem kao ekonomski organizam će pojesti kao pantljičara. Ovi zaključci su izvedeni nakon izražene želje Sjedinjenih Američkih Država da za pokrivanje zdravstvene potrošnje iz svog bruto domaćeg proizvoda (BDP) izdvoje više od 18%, i nakon izveštaja da privatno zdravstveno osiguranje Sjedinjenih američkih država sa 35% učešća u ukupnim zdravstvenim troškovima ima daleko najveći udeo među državama Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (*Organization for Economic Cooperation and Development – OECD*).

Prema podacima iz 2004. godine, u kojoj je zdravstvena potrošnja imala umeren tok, privatno zdravstveno osiguranje ličnim sredstvima finansiralo je 36% osiguranika, Federalna vlada Sjedinjenih Američkih Država finansirala je 34%, finansiranje iz sopstvenog džepa iznosilo je 15%, iz budžeta državnih i lokalnih samouprava finansirano je 11%, dok su drugi privatni fondovi finansirali oko 4% zdravstvene potrošnje. I pored toga sve su češće primedbe korisnika zdravstvenih usluga i uplatioca premija da je zdravstveni sistem u Sjedinjenim Američkim Državama na dobrom putu da doslovno prekopira neke evropske ili latinoameričke zdravstvene sisteme, što ne ostavlja prostora za optimizam. Poslednjih godina prisutna je praksa da se javljaju naduvani računi, ponekad i po deset puta veći nego što iznosi stvarna vrednost pru-

žene/korišćene zdravstvene usluge, što izaziva podozrenje i odudara od utvrđenih pravila. Osim toga, neefektan a uz to još i nekorektan i nepošten zdravstveni sistem ne treba nijednom američkom građaninu, bez obzira da li je ili nije bio žrtva plaćanja veštačkim putem uvećanih zdravstvenih troškova.

Nezavisno od činjenice da zdravstveni sistem u Sjedinjenim Američkim Državama obuhvata nekoliko hiljada različitih nosilaca zdravstvenog osiguranja, njihov broj se ne može tačno utvrditi. Čak je vrlo teško i aproksimativno navesti koliko osiguravajućih društava u njima trenutno egzistira. Ali je zato potpuno izvesno da zdravstveni sistem u Sjedinjenim Američkim Državama ima značajne administrativne troškove, neuporedivo veće od kanadskog ili nekog od evropskih zdravstvenih sistema (Velika Britanija, Nemačka, Francuska). Ubedljivo zvuče podaci iz studije Harvardske medicinske škole i kanadskog Instituta za zdravstveni informacijski sistem, da na administrativne troškove godišnje odlazi oko 31% američkog zdravstvenog \$ US, ili preko hiljadu \$ US po osiguraniku. Ovaj iznos zdravstveno-administrativnih troškova je skoro dvostuko veći od svih koji se mogu sresti u najrazvijenijim zdravstvenim sistemima u svetu. Zbog ove, a i zbog drugih okolnosti mnogo je primedbi da je sistem zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama „nefunkcionalan“ i da pacijenta, kao glavnog učesnika nepravedno uklanja iz zbivanja koja se tiču utvrđivanja politike finansiranja. U narednoj tabeli prezentirani su podaci iz nekoliko država Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (*Organization for Economic Cooperation and Development – OECD*) o izdvajanjima za zdravstvenu zaštitu po stanovniku i njihovom procentualnom učešću u bruto domaćem proizvodu (BDP) za 2009. i 2010. godinu.

Tabela 1. Potrošnja po glavi osiguranika u nekim državama Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (*Organization for Economic Cooperation and Development – OECD*) i izdvajanja iz bruto domaćeg proizvoda (BDP) za 2009. i 2010. godinu.

Red. broj	Država OECD	2009*		2010**	
		Potrošnja po osiguraniku	% iz BDP	Potrošnja po osiguraniku	% iz BDP
1	Sjedinjene Američke Države	7.960	17,4	8.362	17,9
2	Norveška	5.352	9,6	5.426	9,5
3	Švajcarska	5.144	11,4	5.394	11,5
4	Holandija	4.914	12,0	5.038	11,9
5	Luksemburg	4.808	7,8	6.743	7,8
6	Kanada	4.363	11,4	4.404	11,3
7	Danska	4.348	11,5	4.537	11,4

Red. broj	Država OECD	2009*		2010**	
		Potrošnja po osiguraniku	% iz BDP	Potrošnja po osiguraniku	% iz BDP
9	Francuska	3.978	11,8	4.021	11,9
10	Australija	4.453	8,7	3.441	8,7
11	Velika Britanija	3.487	9,8	3.480	9,6
12	Japan	2.878	8,5	3.209	9,5
13	Novi Zeland	2.983	10,3	3.022	10,1
14	Južna Koreja	1.879	6,9	2.035	7,1
15	Meksiko	918	6,4	916	6,2

*Izvor: Izrada autora prema podacima OECD Health Division (June 30, 2011). "OECD Health Data 2011 – Frequently Requested Data". Paris: OECD.

**Izvor: Izrada autora prema podacima The World Bank, World Development Indicators 2012.

Svi koji žele i za to imaju mogućnosti mogu kupiti privatno zdravstveno osiguranje na nivou grupe (na primer, firma pokriva osiguranje svojih radnika) ili kao individualna mušterija kod određenog osiguravača-provajdera (kompanija, agencija, diler, broker). Individualno kupljeno zdravstveno osiguranje prema nomenklaturi zdravstvenih usluga slično je osiguranju koje obezbeđuju poslodavci. Oni daju značajan doprinos pokrivanju troškova zdravstvene zaštite i plaćaju prosečno oko 85% od premije osiguranja za svoje zaposlene i oko 75% od premije za one čije osiguranje zavisi od zaposlenih, dok preostali deo premije plaćaju zaposleni. Kod zdravstvenog osiguranja koje poslodavci plaćaju svojim radnicima primećen je pad pokrivenosti sa 68%, u 2000, na 61% u 2009. godini. Ekonomska kriza koja je 2008. pogodila Sjedinjene Američke Države i po domino efektu ostali deo sveta, prouzrokovala je visok stepen nesigurnosti, siromaštva, porasta cena zdravstvenih usluga i armiju neosiguranih lica-radnika koji su izgubili posao. Samo u martu 2009, oko 270 hiljada radnika, zbog gubitka posla, izgubilo je pravo na zdravstveno osiguranje, dok je 2010. godinu skoro 50 miliona ljudi, ili preko 16% ukupnog stanovništva, dočekalo bez zdravstvenog osiguranja.

Politička dimenzija zdravstvenog osiguranja – slučaj OBAMACARE

„Ne želimo da porezi na neto zaradu porodica američke srednje klase budu povećani... svi mi želimo dalji ekonomski razvoj, svi mi želimo povratak na svoja radna mesta i stalno insistiramo na novim zapošljavanjima“, večiti je stav predvodnika Republikanske stranke. Oni su 40 puta pokušavali da spreče usvajanje budžeta za 2013.

godinu, zbog neslaganja sa politikom finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja, poznatog kao "Obamacare". Time je i zvanično počela finansijska blokada Federalne vlade 1. oktobra 2013. godine, jer u višečasovnoj političkoj drami u Senatu i u Predstavničkom domu Kongresa Sjedinjenih Američkih Država pripadnici Demokratske stranke i Republikanske stranke nisu uspjeli da se dogovore ili da nađu zajedničko, odgovarajuće rešenje za finansiranje države za tekuću finansijsku godinu. Nastali nesporazum je doveo do prekida niza državnih i budžetski finansiranih aktivnosti, čime je automatski blokirano funkcionisanje američke Federalne vlade. Istraživačka kompanija IHS tvrdila je da će finansijska blokada vlade dnevno koštati ekonomiju Sjedinjenih Američkih Država najmanje 300 miliona \$ US. U slučaju jednonedeljne blokade vlade, prognozirani privredni rast od 2,2% za poslednji kvartal smanjio bi se za 0,2%, a tronedeljna blokada vlade umanjila bi američki bruto domaći proizvod (BDP) između 0,9% i 1,4%. Da pomenuta blokada predstavlja ozbiljnu pretnju globalnoj ekonomiji složila se je i direktorka Međunarodnog monetarnog fonda (MMF), Kristin Lagard, obraćajući studentima Univerziteta Džordž Vašington. Blokada je ozbiljna i loša, a ako se ne nađe rešenje za američki suvereni dug, to bi moglo ozbiljno da ugrozi ne samo njenu, već čitavu globalnu ekonomiju, zbog čega bi taj problem morao biti rešen što pre. Zbog blokade na prinudne odmore trebalo je da ode više od 825 hiljada zaposlenih u saveznoj administraciji.

Zvuči nestvarno ali je istina., da nekoliko desetina poslanika poseduje toliku moć da su praktično čitav sistem držali za svog taoca, samo zato što su na zdravstvenu reformu gledali kao na bolan i preskup potez predsednika Baraka Hoseina Obame, koji je želeo da u zdravstveni sistem dodatno uvrsti preko 40 miliona novih osiguranika. Takav obuhvat zahtevao je ogromne izdatke pa su Republikanci želeli da taj novac uštede i da blokiraju sprovođenje neophodne zdravstvene reforme. Međutim, zdravstvena reforma je zakon i ustavno je priznata od strane Vrhovnog suda Sjedinjenih Američkih Država i postala je ključni deo politike Baraka Hoseina Obame. Da je kojim slučajem sprečena od strane Republikanaca, to bi sigurno izazvalo veliku političku a i zdravstvenu pometnju. Na kraju, kada je reforma ipak sprovedena sva nastojanja Republikanaca ličila su na najobičnije mačevanje sa vetrom. Veliki broj predstavnika Republikanske stranke zatražio je odlaganje primene "Obamacare", a zatim i smanjenje nadležnosti Agencije za zaštitu životne okoline, što su pripadnici Demokratske stranke odbili, zalažući se za „čistu” odluku koja se odnosi samo na prag zaduživanja.

Republikanci nisu propustili priliku da podsete na politiku od pre više od trideset godina koju vezuju za Ronalda Regana, koji je na svojoj prvoj inauguraciji izjavio da „vlada nije rešenje za naše probleme, vlada je problem”, čime je, kažu oni, i praktično počela demontaža koncepcije ekonomskog sistema koji je stvoren posle „Velike depresije” iz tridesetih godina prošlog veka. Nju je trebalo da zameni „nevidljiva ruka” slobodnog tržišta, međutim, dogodilo se da je produktivnost nastavila da raste,

ali su prihodi srednje klase stagnirali ili su se realno čak i smanjivali. Uprkos svim otporima administracija Sjedinjenih Američkih Država je nastavila sa radom i počela je sprovođenje ključnog elementa reforme zdravstvene zaštite. Sada je građanin Sjedinjenih američkih država dobio priliku da na posebnim tržištima kupuje polisu zdravstvenog osiguranja, a za ljude s nižim primanjima zakon je predvideo određene vrste subvencija.

Zaključak

U svetu postoji veliki respekt prema trenutno vodećoj političkoj, vojnoj i ekonomskoj sili i, gledano kroz prizmu znatiželje, ona predstavlja izazov radi nalaženja makar i najmanje slabosti u bilo kojoj sferi njenih državnih aktivnosti. Eventualne slabosti trebale bi da posluže kao argument da su stubovi uverenja da u Sjedinjenim Američkim Državama zaista sve besprekorno funkcioniše prilično uzdrmani i da streme urušavanju. Zbog toga čudi podatak da je u Sjedinjenim Američkim Državama do samog isteka 2009. godine skoro 50 miliona građana (ili 16,7% stanovništva) bilo izvan svih oblika zdravstvenog osiguranja i da su ukupni javni zdravstveni rashodi zauzeli vrlo visoku treću poziciju na svetu. Time je obelodanjeno da Sjedinjene Američke Države za zdravstvenu zaštitu na godišnjem nivou izdvajaju više sredstava po osiguraniku (8.362\$ US) nego bilo koja druga država na svetu. Naročito su visoki troškovi kod pružanja direktnih medicinskih usluga, kod upotrebe farmaceutskih proizvoda i u glomaznom administriranju. Oni su uzrok učestalih bankrota osiguravajućih društava i fondova zdravstvenog osiguranja, ali i povećanom broju neosiguranih građana.

U Sjedinjenim Američkim Državama situacija je da pojedini privatnici, na jednoj strani, dobijaju poreske olakšice za zdravstveno osiguranje ili ga mogu kupiti uz dodatne poreske olakšice a, na drugoj, većina potrošača na pojedinačnom tržištu ne dobija nikakve povoljnosti jer i premije značajno variraju zavisno od dijagnoze, bolesti ili od starosti. Danas udruženja Plavi krst (*Blue Cross*) i Plavi štit (*Blue*

Shield) u kombinaciji, direktno ili indirektno, obezbeđuju zdravstveno osiguranje za više od 100 miliona građana Sjedinjenih Američkih Država. U svojoj operativnosti i ove osiguravajuće kompanije postale su slične komercijalnim kompanijama za zdravstveno osiguranje. To se smatra normalnim zato što je tržište zdravstvenog osiguranja postalo teren velike koncentracije kapitala i konkurencije, tako da su vodeći osiguravači od 1990. do 2000. godine izvršili preko 400 fuzija. Uoči 2005. godine, kompanije *Vellpoint* i *United Health* imale su članstvo čije je osiguranje iznosilo oko 67 miliona \$ US i zajedno čine preko 36% nacionalnog tržišta u komercijalnom zdravstvenom osiguranju.

Inače, u Sjedinjenim Američkim Državama termin zdravstveno osiguranje koristi se za opisivanje programa koji je donešen da pomogne u plaćanju troškova zdravstvene zaštite. Nebitno je da li se radi o privatnom ili kupljenom osiguranju ili o socijalnom

osiguranju, odnosno socijalnom programu koji je finansirala Federalna vlada. U tehničkom smislu, ovaj termin se koristi da opiše bilo koji oblik zdravstvenog osiguranja koji obezbeđuje pokrivanje troškova pruženih/korišćenih zdravstvenih usluga. Pored toga, on objašnjava obuhvatnost zdravstvene zaštite privatnim zdravstvenim osiguranjem i programe socijalnog osiguranja u kojima je predviđeno pokrivanje zdravstvenih troškova koji nastaju usled zbrinjavanja stare i iznemogle populacije i osoba sa težim oblicima oboljenja (*Medicare*). Ono podrazumeva socijalne programe koji predviđaju pokrivanje troškova koji su nastali ili će nastati usled zbrinjavanja osoba sa niskom materijalnom osnovom i osoba koje nisu u stanju da sebi i članovima svoje porodice obezbede zdravstveno osiguranje (*Medicaide*).

Analitičari, kritički nastrojeni i oni koji to nisu, nemaju odgovor na pitanje zašto se njihovo stanovništvo, uprkos tolikom izdvajanju za njegovu zdravstvenu zaštitu prema dužini životnog veka nalazi tek na 42. mestu na svetu. Ako se u tome Sjedinjene Američke Države upoređuju sa drugim industrijalizovanim državama (Japan, Francuska, Nemačka, Velika Britanija), onda su daleko iza njih, čak su daleko i iza država koje nisu tako razvijene, na primer Čile, koji zauzima 35. ili Kuba 37. mesto. Stanovnici Sjedinjenih Američkih Država ne mogu da zamisle da se najduže na svetu živi u maloj Andori ili Makauu i da je u njima prosečan životni vek stanovništva poodavno premašio 83,5 godina.