

UDK:347.919.6:369.066:369.012:368.042:368.032 (72)

Prof. dr Tatjana N. Rakonjac Antić,¹

redovni profesor na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Beogradu

OBLICI OBEZBEĐENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA

Zdravstvena zaštita se u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) može ostvariti pre svega putem privatnog zdravstvenog osiguranja (individualnog ili onoga koje obezbeđuje poslodavac), u okviru javnih programa socijalnog osiguranja, među kojima su najzastupljeniji „Medicare“ i „Medicaid“. Ti programi su od 2010. godine u sastavu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Na teritoriji SAD koristi se najsavremenija zdravstvena tehnologija, ukupni troškovi zdravstvene zaštite izuzetno su visoki (posledica su povećane tražnje za zdravstvenim uslugama, porasta ulaganja u naučna zdravstvena istraživanja itd.), a američki sistem zdravstvene zaštite 2000. godine Svetska zdravstvena organizacija rangirala je kao tek trideset sedmi u svetu. Očekivani životni vek stanovnika nije među najvišima u svetu, a za određene kategorije osiguranika ne postoji adekvatan pristup zdravstvenoj zaštiti. Promene sistema zdravstvenog osiguranja u SAD usmerene su u pravcu rešavanja prethodno navedenih problema. Primenom obaveznog zdravstvenog osiguranja teži se stvaranju uslova za obezbeđenje univerzalnog zdravstvenog osiguranja, kao i da visoki troškovi zdravstvene zaštite budu u korelaciji s visokom efikasnošću sistema zdravstvene zaštite.

Ključne reči: *zdravstveno osiguranje, zdravstvena zaštita, SAD, program „Medicare“, program „Medicaid“.*

¹ i-mejl: rakonjacantic@ekof.bg.ac.rs

1. Uvod

Rizici od nastupanja bolesti i rizici od nastajanja povreda kod stanovništva predstavljaju osnovne životne i socijalne rizike, i zato države putem sistema zdravstvene zaštite (uglavnom kao osnovnog prava obezbeđenog po osnovu učešća u sistemu zdravstvenog osiguranja), na različite načine, upravljaju tim rizicima. Strategija unapređenja zdravlja stanovništva SAD sadrži mnoštvo odredaba koje se odnose i na zdravstveno osiguranje i na zdravstvenu zaštitu. U SAD preovladava privatno zdravstveno osiguranje, i zdravstvene usluge najčešće se pružaju u privatnom zdravstvenom sektoru. Program socijalne sigurnosti, skraćeno OASDHI („Old age, Survivors, Disability, Health insurance“) obuhvata „programe osiguranja starih, dugovečnih osoba, onih onesposobljenih za rad, kao i osoba koje su zdravstveno ugrožene“. Takav program socijalnog osiguranja koncipiran je s ciljem da rešava kompleksne socijalne probleme koje pojedinci inače veoma teško mogu da osiguraju samostalno (program je definisan Zakonom o socijalnom osiguranju 1935. godine). Od 1965. godine, za zdravstvenu negu, uglavnom starih osoba, na snazi je program „Medicare“, a za potrebe zdravstvenog zbrinjavanja siromašnih osoba program „Medicaid“. U martu 2010. godine usvojen je Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Patient Protection and Affordable Care Act“ – PPACA), ili, kako se često skraćeno navodi, Zakon o dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Affordable Care Act“ – ACA). Odredbe tog zakona predviđaju da svi stanovnici SAD koji su poreski obveznici budu zdravstveno osigurani. Cilj rada je da se na osnovu analize funkcionisanja sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u SAD izdvoje ključne karakteristike i ukaže na specifičnosti najzastupljenijih oblika zdravstvene zaštite. U skoro svim evropskim zemljama preovladava javno (obavezno) zdravstveno osiguranje, a u SAD, kao što je već prethodno navedeno, dominantno je privatno zdravstveno osiguranje. Većina evropskih zemalja teži većoj zastupljenosti privatnog penzijskog osiguranja, a SAD su od pre nekoliko godina počele da primenjuju obavezno zdravstveno osiguranje. Iskustvo SAD u načinima obezbeđenja zdravstvene zaštite važno je, pored ostalog, i za zemlje koje planiraju reformske procese zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite zasnovane na istim ili sličnim principima.

2. Razvijenost SAD i osnovna obeležja sistema zdravstvenog osiguranja

SAD je federalna ustavna republika koju sačinjava 50 država i jedan federalni okrug. U 2015. godini u SAD je bilo približno 321.000.000 stanovnika (u Kaliforniji je živelo oko trideset devet miliona stanovnika, u Teksasu oko

dvadeset sedam miliona, na Floridi oko dvadeset miliona itd.)² Privreda je izuzetno razvijena i vrednost BDP (bruto domaćeg proizvoda, engl. „Gross Domestic Product“ – GDP) u 2014. godini iznosila je 17.420.000.000 dolara (sedamnaest biliona i četrismo dvadeset milijardi), što je predstavljalo trećinu ukupnog BDP-a u svetu.³ U maju 2014. godine u SAD je bilo zaposleno oko 135.000.000 stanovnika, s prosečnom godišnjom zaradom od 47.230 dolara, a u istom mesecu 2015. godine oko 138.000.000 stanovnika s prosečnom godišnjom zaradom 48.320 dolara.⁴ Stopa nezaposlenosti u decembru 2014. godine iznosila je 5,6 odsto,⁵ a u decembru 2015. pet procenata.⁶ SAD poseduju specifičan model zdravstvenog osiguranja u okviru kojeg većina radnika i njihovih porodica imaju zdravstveno osiguranje, koje obezbeđuju (sponzorišu) preduzeća u kojima su zaposleni, u okviru privatnih osiguravajućih kuća. Prisutne su tri vrste privatnog zdravstvenog osiguranja: bolničko osiguranje (pokriće bolničkih troškova), lekarsko osiguranje i hirurško osiguranje.⁷ Pored privatnog zdravstvenog osiguranja, od sredine sedamdesetih godina prošlog veka definisani su „Medicare“ i „Medicaid“, programi za zdravstvenu negu starijeg stanovništva i stanovništva s niskim primanjima. Od 2010. godine, usvajanjem Zakon o dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Affordable Care Act“ – ACA) postavljene su osnove obaveznog zdravstvenog osiguranja. U 2013. godini u SAD je 13,3 odsto stanovnika bilo zdravstveno neosigurano (41,8 miliona ljudi), a 2014. godine 10,4 odsto (trideset tri miliona ljudi).⁸ Oko tri četvrtine neosiguranih osoba sačinjavalo je stanovništvo mlađe od 35 godina.⁹ Predviđa se da će nakon promene u načinu finansiranja zdravstvenog osiguranja biti osigurano još oko trideset dva miliona stanovnika, što znači da je cilj primene novih zakonskih rešenja postizanje uslova za funkcionisanje univerzalnog zdravstvenog osiguranja. Privatne osiguravajuće kuće, prema određenim odredbama prethodno pomenutog zakona, imaju obavezu da osiguravaju i stanovnike koji „predstavljaju visok rizik“ (već imaju zdravstvenih problema), deca će moći da budu korisnici zdravstvenog osiguranja preko roditelja,

2 <http://www.census.gov>, informacije sa sajta preuzete 22. 4. 2016.

3 <http://data.worldbank.org/country/united-states>, informacije sa sajta preuzete 22. 4. 2016.

4 United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014., May 2015., http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000, informacije sa sajta preuzete 24. 4. 2016.

5 Isto, informacije sa sajta <http://www.bls.gov> preuzete 24. 4. 2016.

6 U prethodnih deset godina, najviša stopa nezaposlenosti zabeležena je 2009. godine – 9,9 odsto, što je u najvećoj meri posledica svetske ekonomske krize.

7 Rakonjac Antić, T.; *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012., str. 241.

8 Smith J., Medalia C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, US Census Bureau, 2015., str. br. 3.

9 Rakonjac Antić, T.; „Penzijsko i zdravstveno osiguranje“, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012., str. 241.

nosilaca osiguranja, do svoje 26. godine, mala preduzeća koja obezbeđuju zdravstveno osiguranje svojim zaposlenima imaće poreske olakšice itd.

U 2014. godini bilo je osigurano 89,6 procenata stanovnika.¹⁰ Od ukupnog broja zdravstveno osiguranih građana, oko 66 odsto njih osigurano je u okviru privatnog zdravstvenog osiguranja (oko 55 odsto osigurano je u okviru zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuju poslodavci, a direktnim privatnim zdravstvenim osiguranjem 11 procenata).¹¹ Grupna zdravstvena osiguranja su najzastupljenija. Izdvajaju se dva razloga koja idu u prilog velikoj zastupljenosti grupnog zdravstvenog osiguranja: racionalizacija troškova (jednim ugovorom pokriveno je više lica) i poreske olakšice.¹²

Već dugi niz godina ukupni troškovi zdravstvene zaštite u SAD su visoki (videti informacije prikazane u Tabeli 1). Ključni razlozi su produženo trajanje života stanovništva, što za posledicu ima porast korišćenja zdravstvenih usluga, pojavu novih bolesti, nužno ulaganje u nauku i tehniku itd.¹³ Najveći ukupni troškovi zdravstvene zaštite u 2014. godini u SAD dosežali su 17,1 odsto BDP-a (to učešće u istoj godini u Austriji je iznosilo 11,2 odsto, u Australiji 9,4 odsto, Belgiji 10,6 procenata, Kanadi 10,4 odsto, u Francuskoj 11,5 odsto, Italiji 9,2 procenta, Nemačkoj 11,3 odsto, Norveškoj 9,7 procenata, u Švajcarskoj 11,7 procenata, u Velikoj Britaniji 9,1 odsto itd.).

Tabela 1. Ukupni troškovi zdravstvene zaštite u SAD kao procenat od BDP-a, po odabranim godinama

Godina	1929.	1965.	2000.	2002.	2005.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
% od BDP-a	3,5	5,7	13,1	14,7	15,6	16,0	17,0	17,0	17,1	17,0	16,9	17,1

Izvor: www.who.com, www.cms.gov

Od 2010/2011. godine do 2014. ukupni troškovi zdravstvene zaštite neznatno se menjaju i iznose oko 17 procenata BDP-a (Tabela 1). Kao jedan od osnovnih razloga zaustavljanja znatnijeg rasta troškova zdravstvene zaštite u ovom periodu, ističe se povećanje učešća u troškovima zdravstvene zaštite osiguranika i sponzora planova zdravstvenog osiguranja (poslodavaca). Došlo je do povećanja tzv. „odbitaka“ (engl. deductibles), tj. iznosa koji učesnik

¹⁰ Oko 19 odsto stanovnika učestvovalo je u više oblika obezbeđenja zdravstvene zaštite.

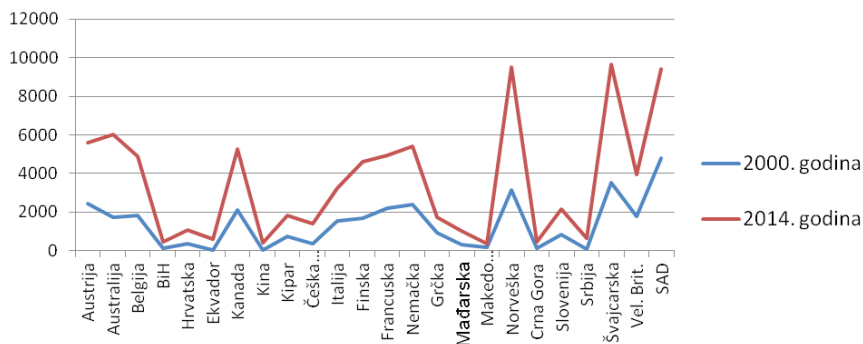
¹¹ Smith, J., Medalia, C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, US Census Bureau, 2015., str. br. 5.

¹² Stiglitz, J. E.; *Ekonomija javnog sektora*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2004.

¹³ Erixon F., Marel E.; *What is driving the rise in health care expenditures?*, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium, str. br. 11.

prvo mora da utroši na zdravstvenu zaštitu, da bi nakon tog određenog utrošenog iznosa osiguravajuća kuća počela da naknađuje troškove po osnovu zdravstvenog osiguranja. Ovaj iznos „odbitka“ je sa 584 dolara 2006. godine povećan na 1.135 dolara u 2013. godini.¹⁴ Usporen je i rast troškova korišćenja lekova, uglavnom usled većeg obima korišćenja generičkih lekova, nekih promena u plaćanjima u državnom programu za pružanje zdravstvene nege starijim osobama privatnim osiguravajućim kućama itd.¹⁵ U 2000. godini troškovi zdravstvene zaštite u SAD iznosili su 4.788 dolara po stanovniku, a 2014. godine porasli su na 9.403 dolara po stanovniku. Interesantno je da su se troškovi zdravstvene zaštite u istom periodu u Norveškoj i Švajcarskoj povećali oko tri puta (videti informacije prikazane na Grafikonu 1.)

Grafikon 1. Troškovi zdravstvenog osiguranja po stanovniku u dolarima po odabranim zemljama, u 2000. i 2014. godini



Izvor: World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)

Prema rangiranju svetskih zdravstvenih sistema koje sprovodi Svetska zdravstvena organizacija, u 2000. godini, od 191 analiziranog zdravstvenog sistema, na 1. mestu nalazila se Francuska, na 2. Italija, 9. rangirana zemlja bila je Austrija, Norveška je bila na 11. mestu, Nemačka na 25., Kanada na 30., Kostarika na 36., a SAD su rangirane kao 37., Slovenija kao 38. itd. Reakcije na rezultate ovog izveštaja bile su različite. Najveću pažnju u stručnim krugovima privuklo je nisko rangiranje zdravstvenog sistema SAD, a učešće ukupnih troškova zdravstvenog osiguranja tada je iznosilo 13,1 odsto BDP-a (videti informacije u Tabeli 1) i, kao što je već prethodno navedeno, po stanovniku je bilo izdvojeno

¹⁴ Council of Economic Advisers; „2014 Economic Report of the President“, Chapter 4; „Recent trends in health care costs, their impact on the economy and the role of the affordable care act“, 2015., str. 159.

¹⁵ Isto, str. 147–178.

4.788 dolara za zdravstvenu zaštitu, a u sistemu zdravstva se koristila (i sada se koristi) moderna medicinska i informaciona tehnologija. Očekivani životni vek je, prema podacima za 2013. godinu, bio 79 godina (za žene 81 godinu, a za muškarce 76 godina) i bio je niži u odnosu na očekivani životni vek u Kanadi (82 godine), Norveškoj (82 godine), Italiji (83 godine života), Švajcarskoj (83 godine), Japanu (84 godine) itd.¹⁶ Interesantni su i sledeći podaci: u periodu 2007–2013. godine na 10.000 stanovnika bilo je 24,5 lekara (npr. u Švajcarskoj 40,5, u Norveškoj 42,8, u Nemačkoj 38,9 itd.), farmaceuta 8,8, a u 2014. godini 1,2 psihijatra.¹⁷ U ovom periodu u SAD je preko sto miliona stanovnika bilo osigurano u okviru javnih programa zdravstvene zaštite.

3. Javni programi zdravstvene zaštite

Najzastupljeniji javni programi zdravstvene zaštite su: „Medicare“ („zdravstvena zaštita starijih osoba“), „Medicaid“ („zdravstvena zaštita siromašnih osoba“), program zdravstvenog osiguranja za decu (engl. „Children’s Health Insurance Program“ – CHIP), vojni zdravstveni sistem (engl. „Military Health System“) itd. Kao što je već prethodno navedeno, od sredine 70-ih godina prošlog veka na teritoriji SAD funkcionišu „Medicare“ i „Medicaid“, programi zdravstvene zaštite. „Medicare“ obezbeđuje zdravstveno osiguranje osobama:

- a) u životnom dobu od preko 65 godina;
- b) koje su kvalifikovane za primanja nadoknada po osnovu socijalnog osiguranja za slučaj invalidnosti;
- c) koje su u režimu bubrežne dijalize.

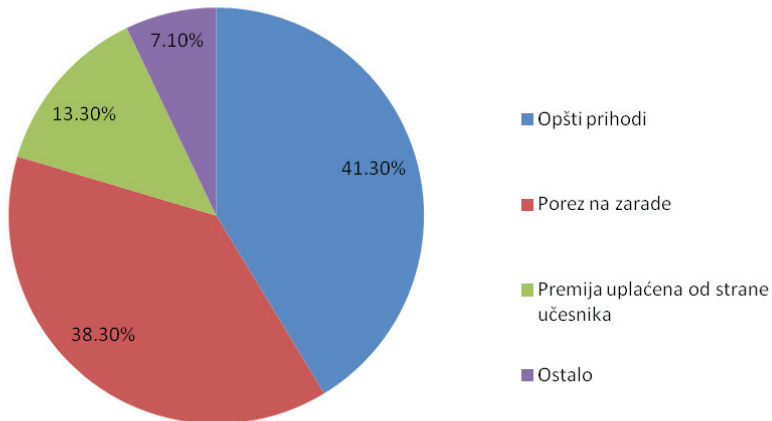
Programom je, u 2013. godini, bilo obuhvaćeno oko pedeset dva miliona i trista hiljada osoba, i to četrdeset tri i po miliona osoba starijih od 65 godina i osam miliona i osamsto hiljada osoba sa invaliditetom.¹⁸ Program zdravstvenog osiguranja „Medicare“ deo je državnog zdravstvenog osiguranja i finansira se uglavnom sredstvima iz budžeta. U 2013. godini u „Medicare“ je ukupno uloženo oko 575,8 milijardi dolara. Oko 80 odsto prihoda sačinjavali su opšti prihodi i porez na zarade (videti informacije prikazane u okviru Grafikona 2).

¹⁶ Isto, str. 50.

¹⁷ World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators, str. 114–123.

¹⁸ The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington, str. 7.

Grafikon 2. Struktura izvora prihoda programa „Medicare“ u 2013. godini¹⁹



Izvor: *The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington, str. 11.*

Zdravstvene usluge mogu se obaviti u okviru ordinacija, bolnica itd. sa kojima „programi“ imaju zaključene ugovore. Tradicionalni „Medicare“ sastoji se, u osnovi, iz dva dela („dela A“ i „dela B“), a kasnije je proširen novim „delovima C i D“. Prvi deo obuhvata bolničko osiguranje (engl. „Hospital Insurance“), naziva se još i „deo A“²⁰ i za tu vrstu osiguranja ne zahtevaju se dodatne uplate premija, zato što se smatra da su osiguranici dovoljno uplaćivali za zdravstveno osiguranje dok su bili u radnom odnosu. Taj deo obuhvata sledeće oblike: bolničku negu, negu u staračkom domu, kućnu negu i ambulantno lečenje. Drugi deo obuhvata neobavezno (dodatno) zdravstveno osiguranje (naziva se još i „deo B“ ili „medicinsko osiguranje“, engl. „Medical Insurance“) i u okviru njega su neki troškovi koji nisu uključeni u prvi deo, kao što je vanbolnička zdravstvena nega, fizikalna terapija itd. Za ovaj oblik osiguranja zahteva se dodatna uplata premija osiguranika i dodatni doprinosi savezne države za svakog osiguranika. Od 1997. godine uveden je i „deo C“, koji se još naziva „Medicare + izabrani program“ ili „program unapređenog Medicare“ (engl. „Medicare Advantage plans“ – „MA plans“), koji obuhvata medicinske usluge koje nisu uključene u „delove A i B“.

¹⁹ Opšti prihodi iznosili su 237,7 milijardi dolara, porezi na zarade 220,8 milijardi dolara, premija koju su uplatili učesnici 76,4 milijarde dolara i ostali prihodi 40,9 milijardi dolara.

²⁰ Dorfman, M.; „Introduction to Risk Management and Insurance“, Pearson Education, New Jersey, 2005. str. 447–449.

kao što su npr. nega zuba, pregledi za dobijanje naočara itd. Osiguranici su u obavezi da učestvuju u „Medicare delovima A i B“ da bi mogli da participiraju u „delu C“. Postoji i „deo D“, u okviru kojeg se obavljaju aktivnosti u vezi s lekovima koji se izdaju na recept (engl. „Prescription Drug Coverage“). U 2015. godini u okviru tradicionalnog programa „Medicare“ učestvovalo je 69 odsto osoba od ukupnog broja korisnika usluga „Medicare“. Tu je i „Medigap“, program koji predstavlja dodatno osiguranje što obuhvata zdravstvene usluge koje nisu obezbeđene tradicionalnim programom „Medicare“. Učešće u tradicionalnom programu „Medicare“ je preduslov za korišćenje usluga programa „Medigap“. Prema demografskim projekcijama, „Medicare“ program će biti izuzetno zastupljen i u narednim godinama. Predviđa se da će stanovništvo starije od 65 godina 2040. godine obuhvatiti oko 20 procenata ukupne populacije.

Program „Medicaid“ („zdravstvena zaštita osoba sa niskim prihodima“) obezbeđuje zdravstveno osiguranje za nezaposlene i siromašne osobe. Taj program zdravstvene zaštite ima karakter javne pomoći i finansira se iz budžeta, što znači da za taj oblik osiguranja sredstva uplaćuju svi poreski obveznici.²¹ Osobe koje se kvalifikuju za „Medicare“ mogu biti osigurane i u okviru programa „Medicaid“ ukoliko im je potrebna socijalna pomoć.²² U takvoj situaciji te osobe primaju veće iznose zdravstvene nadoknade. „Medicaid“ obezbeđuje zdravstvenu zaštitu za oko 62.000.000 stanovnika. „Medicaid“ se, generalno posmatrano, sastoji iz četiri programa javnog zdravstvenog osiguranja. Prvi program obezbeđuje naknadu troškova zdravstvene zaštite za decu i žene. Drugi program omogućava naknadu medicinskih troškova koji nisu obuhvaćeni programom „Medicare“. Treći program obezbeđuje pokriće najvećeg dela troškova zdravstvene zaštite starih i nemoćnih osoba sa izuzetno niskim primanjima. Četvrtim programom naknađuju se troškovi hospitalizacije starijih osoba. „Medicaid“ omogućava korišćenje osnovnih zdravstvenih usluga, kao što su vakcinacija dece, lekarski pregledi, bolničko lečenje itd. Država obezbeđuje odgovarajući nivo pružanja zdravstvenih usluga i vodi računa da ne bude razlikā među korisnicima zdravstvenih usluga u pogledu pokrića troškova. Takođe, ona može i da definiše trajanje zdravstvenih usluga (na primer, može se ograničiti broj mesečnih poseta lekaru) itd.

Najzastupljeniji planovi zdravstvenog osiguranja, preko kojih učesnici u programu zdravstvene zaštite mogu koristiti zdravstvene usluge su HMO planovi („health maintenance organization“ – „organizacija za očuvanje zdravlja“) i PPO planovi („preferred provider organization“ – „organizacija za unapređenje zdravstvene zaštite“).

HMO planovi su postali zastupljeni 60-ih godina prošlog veka (a naročito

²¹ Folland S., Goodman A., Stano M.; „The Economics of Health and Health Care“, Prentice Hall, New Jersey, 2001.

²² Rejda G.; „Principles of risk management and insurance“, Harper Collins, New York, 2001, str. 480–502.

od 1973. godine, kada je Kongres usvojio tadašnji Zakon o zdravstvenom osiguranju) i odnose se na zdravstvenu zaštitu u okviru zdravstvenih ustanova.²³ Korisnik osiguranja mesečno plaća relativno niske premije i ima pravo da koristi sveobuhvatni paket zdravstvenih usluga. Zakonom je određeno da poslodavci koji imaju 25 i više zaposlenih moraju da ih uključe u neki od HMO planova. Usluge lečenja pružaju prvenstveno lekari opšte prakse. Osiguranici ne mogu da koriste zdravstvene usluge drugih institucija ukoliko HMO nije ugovorom vezan za njih (osim hitnih slučajeva). Odlazak kod lekara specijaliste nije dozvoljen bez uputa. Postoje tri oblika HMO planova:

1. tzv. „model osoblja“ (engl. „Staff model“), prema kojem u okviru HMO-a rade lekari različitih specijalnosti koji su stalno zaposleni;
2. tzv. „grupni model“ (engl. „Group model“), prema kojem lekari različitih specijalnosti ne rade u okviru HMO-a, ali za HMO rade po ugovoru (plaćeni su po pregledanom pacijentu);
3. tzv. „udruženje lekara opšte prakse“ (engl. „Independent practice association“), prema kojem lekari koji rade u okviru svojih ordinacija pružaju usluge u okviru HMO-a (sistem plaćanja je da za obavljanje usluga i lekari nadoknadu dobijaju od udruženja, a ne od pacijenta).

PPO planovi su fleksibilniji nego HMO planovi. Uz učešće u PPO planovima osiguranici mogu da biraju zdravstvenu ustanovu koja se nalazi u okviru PPO plana, a delimično su pokriveni troškovi korišćenja zdravstvenih usluga u zdravstvenim institucijama koje ne funkcionišu u okviru PPO plana. Pregledi kod lekara specijalista mogu se obaviti bez uputa. Osiguranici pre korišćenja zdravstvenih usluga često moraju da naknade početne godišnje troškove („annual deductibles“) i nakon toga osiguravajuća kuća ima obavezu da naknadi troškove po ugovoru.

4. Zaključak

Zdravstveni sistem u SAD, generalno posmatrano, poseduje savremenu zdravstvenu tehnologiju, visokokvalitetno zdravstveno osoblje i moderno opremljene zdravstvene institucije. Visoki iznosi sredstava ulažu se u sistem zdravstvene zaštite, a očekivani životni vek stanovnika niži je u odnosu na očekivani životni vek stanovnika određenog broja razvijenih zemalja. Na zdravlje stanovništva, prema rezultatima većine istraživanja, utiču najviše genetski faktori, ekonomska i socijalna sredina, stil življenja i razvijenost zdravstvenog sistema. Neophodno je da se reformskim procesima izvrši preusmeravanje sredstava namenjenih zdravstvenoj zaštiti u cilju postizanja višeg nivoa

²³ www.ehealthinsurance.com

zdravlja i produženja očekivanog životnog veka. Postoji mnoštvo osoba koje se ne nalaze u sistemu zdravstvenog osiguranja. Privatno zdravstveno osiguranje je najzastupljeniji oblik u okviru kojeg se ostvaruje zdravstvena zaštita u SAD, i to uz najveće učešće planova zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuju poslodavci. Ta vrsta zdravstvenog osiguranja predstavlja ekonomsku kategoriju. Pored tog oblika zdravstvenog osiguranja, postoje i javni programi zdravstvene zaštite, među kojima je najzastupljenija zdravstvena zaštita starijih osoba koja se ostvaruje putem programa „Medicare“, a zdravstvena zaštita za siromašne osobe ostvaruje se u okviru programa „Medicaid“, što u velikoj meri predstavlja socijalnu kategoriju. Uvođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja 2010. godine imalo je za cilj povećanje broja osiguranika, tj. smanjenje broja neosiguranih osoba i jačanje nivoa zdravlja celokupne nacije. U vremenu pred nama biće jasnije da li će doći do stvaranja istovetnog uticaja državnih podsticaja i uticaja mehanizma tržišta zdravstvenog osiguranja na postizanje adekvatnijeg pružanja zdravstvenih usluga i većeg obuhvata osiguranika. Neophodno je, kao što je već prethodno rečeno, da visoki iznosi sredstava koji se izdvajaju za zdravstvenu zaštitu budu usmereni na jačanje kvaliteta zdravstvenih usluga, ujednačenost kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga po državama SAD, odnosno da se obezbedi visok stepen efikasnosti zdravstvene zaštite. U većini evropskih zemalja prevladava javno zdravstveno osiguranje, s dopunom privatnog zdravstvenog osiguranja, a u SAD privatno zdravstveno osiguranje uz primenu javnih programa zdravstvene zaštite i, od pre nekoliko godina, primenu obaveznog zdravstvenog osiguranja. SAD, kao i druge zemlje sveta, definišu sistem obezbeđenja zdravstvene zaštite, koji, prema mišljenju donosilaca odluka, najviše odgovara njihovim ekonomskim i socijalnim uslovima privređivanja i življenja. Sve mere koje utiču na jačanje kvaliteta zdravstvene zaštite, na podizanje nivoa zdravlja stanovništva, kao i na veću obuhvaćenost stanovništva, sigurno će naići na odobravanje učesnika u ovom važnom sistemu.

Izvori

- Council of Economic Advisers; „2014 Economic Report of the President“, Chapter 4; „Recent trends in health care costs, their impact on the economy and the role of the affordable care act“, 2015.
- Dorfman M.; „Introduction to Risk Management and Insurance“, Pearson Education, New Jersey, 2005
- Erixon F., Marel E.; „What is driving the rise in health care expenditures?“, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium
- Folland S., Goodman A., Stano M.; „The Economics of Health and Health

- Care“, Prentice Hall, New Jersey, 2001.
- Rakonjac Antić T.; „Penzijsko i zdravstveno osiguranje“, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012.
 - Rejda G.; „Principles of risk management and insurance“, Harper Collins, New York, 2001.
 - Smith J., Medalia C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, U.S. Census Bureau, 2015.
 - Stiglitz J. E.; „Ekonomija javnog sektora“, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2004.
 - The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington
 - United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014., May 2015., http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000
 - World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)
 - World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators
 - <http://www.census.gov>
 - <http://www.cms.gov>
 - <http://www.ehealthinsurance.com>
 - <http://data.worldbank.org/country/united-states>
 - <http://www.who.com>