
ANALITICAL REVIEW OF NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM IN USA

Igor Tanturovski PhD

State Commission for Prevention of Corruption – Skopje, Republic of Macedonia
itanturovski@yahoo.com

Abstract: The public health system in the US is considered very developed, but at least is a unique and very special. Its specificity on the other hand makes it very interesting from a scientific point of view to continuously send and analyze. It is based on market model and compared with other large health systems have advantages and disadvantages that will be analyzed. From here many countries are trying to introduce innovations implemented by the national health system of the United States and to avoid all those negative phenomena that occur as a side effect.

Keywords: National system, Public health, budget, health services, Medicaid, Medicare.

**АНАЛИТИЧКИ ОСВРТ НА НАЦИОНАЛНИОТ СИСТЕМ НА ЈАВНО
ЗДРАВСТВО НА САД**

Д-р Игор Тангуровски

Државна комисија за спречување на корупцијата – Скопје, Република Македонија
itanturovski@yahoo.com

Абстракт: Системот на јавно здравство во САД се смета за многу развиен, но тој во најмала рака е единствен и многу специфичен. Неговата специфичност од друга страна го прави многу интересен од научна гледна точка постојано да се прати и да се анализира. Се базира на пазарниот модел и споредбено со другите здравствени системи има големи предности но и недостатоци кои ќе бидат анализирани. Од тука голем број држави се трудат да ги воведат новините кои ги спроведува националниот здравствен систем на САД но и да се избегнат сите оние негативни појави кои се јавуваат како нус ефект.

Клучни зборови: Национален систем, Јавно здравство, буџет, здравствени услуги, Медикаид, Медикаеар.

ВОВЕД

Во повеќето земји во светот здравствената заштита е значаен сегмент од целокупниот социјален живот. Покрај фактот дека третманот на пациентите е основна задача на здравствена заштита, денес се придава сè поголемо значење на организацијата и финансирањето на здравствената заштита, односно кому тие средства да се доделат во системот на здравствена заштита и како тие да се распределат и користат.

Формите на организирање и финансирање на здравствените системи во теорија и практика познати се како:

- Бизмарков модел на задолжително здравствено осигурување,
- пазарен модел,
- Beveridge - модел на национални здравствени услуги, и
- комбиниран модел.

Не постои единствен модел на финансирање на здравствената заштита, кој може да ги исполни сите барања на современото општество. Тоа се многу динамични и специфични предизвици за секоја земја, така што секој здравствен систем има свои историски корени. Во повеќето развиени земји, основните карактеристики на националните здравствени системи постојат долго време и на некој начин се дел од националниот и социјалниот идентитет (традиционално познат како национална здравствена услуга во Велика Британија или општествен систем на здравствено осигурување во Германија). Во овие земји во тек се разговори за можните реформски насоки на здравствениот систем, кои се повеќе со површински карактер, наместо со длабок и коренит пристап.²³⁵

Затоа, во понатамошниот текст, покрај претходно споменатите теоретски експликации на финансирањето на здравството, ќе биде анализиран и основниот модел на организација и

²³⁵ Prof. dr. sc. Branimir Marković, mr. sc. Slavko Vukić: Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, UDK 614.2: 339.9 Pregledni članak

финансирањето на здравствената заштита, во САД. Се разбира, се поаѓа од претпоставката дека секоја земја има свои специфичности, па овој систем кој по многу нешта е специфичен одделно се анализира.

1. ПРЕГЛЕД НА ОДДЕЛНИ ИСКУСТВА ОД НАЦИОНАЛНИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ НА САД

Системот на здравствена заштита во САД се смета за многу развиен, но тој во најмала рака е единствен и многу специфичен. Се базира на пазарниот модел и споредбено со другите здравствени системи има големи предности но и недостатоци кои ќе бидат разгледани подолу. Системот на јавно здравствено осигурување има неколку здравствени планови²³⁶:

- Medicaid, програма наменета за оние граѓани со ниски приходи
- Медикаид за итни случаи (Emergency medicaid), за оние кои немаат легален статус или немаат доволно приходи да се квалификуваат за Медикаид програмата.
- Фамилијарна здравствена заштита (Family health care), програма слична на Медикаид и наменета за неосигурани лица од 19-65 години кои имаат повисоки приходи.
- Medicare, програма наменета за постарите лица од 65 години.
- Дополнително здравство за деца (Child health plus), програма за деца и млади до 19 години.
- Програма за пренатална грижа (Prenatal care assistance program), која опфаќа претпородилни прегледи, трошоците за породување во болница и прегледи на мајката и бебето во првите два месеци после породувањето.

2. СИСТЕМОТ НА ПЛАЌАЊЕ ВО САД

Од средината на 1960-тите години, платниот систем за здравствена заштита во САД нема големи промени. Улогата на давателот на услуги постепено се префрли од формирач на цената (price setter) во прифаќач на цените (price taker) на услугите. Улогата на федералната влада доживеа промени од мал партиципиент пред 1960-тите години во најсилен актер во поставување и дефинирање на платните системи.²³⁷

Откако Владата започнува поригорозно да ги контролира своите трошоци, платните системи еволуирале од “плаќање по сметка” (charge based) во “плаќање врз основа на трошоците” (cost-based) па во “рамен систем на плаќање” (flat-fee), кој потоа довел до “капитација”. Владата, се разбира, не е единствен плаќач, но промените во владините исплати влијаат на другите плаќачи.

Во системите “плаќање по сметка” и во “плаќање врз основа на трошоците”, давателот на услуги игра голема улога во утврдувањето на цените. Во “рамниот систем на плаќање” и “капитацијата”, давателот на услуги претпоставува поголем финансиски ризик, додека плаќачот на тие услуги потенцијално врши поголема контрола врз трошоците.²³⁸

Во овој случај главен проблем е што има менување на трошоците (cost-shifting), до степен во кој делот од надоместокот за еден сет услуги не е покриен од плаќачите, а давателите на услуги се во можност да ги префрлат тие трошоци на други плаќачи. Ова резултираше со драматично зголемување на трошоците во приватниот сектор за речиси 500 проценти во периодот од 1980 до средината на 1990-тите години. Како резултат на тоа, работодавачите и осигурителните компании сè повеќе се вклучуваа во управувањето со заштитата (managing care).

Следниве четири групи фактори имаат најголемо учество во придвижување на реформите во сите здравствени системи:

1. Растот на трошоците за здравствена заштита
2. Раст на очекувањата од здравствените системи

²³⁶ Поимот "здравствен план" како термин го користат здравствените организации за одржување на здравјето (Health maintenance organizations-НМО), додека комерцијалните осигурителни компании го користат терминот "здравствено осигурување". Здравствените планови, се базирани на претплата и се однесуваат на медицинска нега која ја нудат НМОs. Овие планови се слични на при-пејд планови. При-пејд здравствени планови обично плаќаат за фиксен број на услуги (на пример, \$ 300 во превентивна здравствена заштита, одреден број денови на хоспитална грижа или грижа во квалификувана медицинска установа, фиксен број здравствени посети дома, итн.)

²³⁷ М-р Игор Тантуровски, Импликации на финансиското менаџирање во јавното здравство – Случајот на Република Македонија – Докторска дисертација, Скопје 2014, стр.260

²³⁸ Ibid, стр.261

3. Ограничените финансиски можности на државата за покривање на трошоците на здравствената заштита
4. Зголемувањето на скептицизмот кон конвенционалните пристапи во здравството

2.1 Пораст на трошоците за здравствена заштита

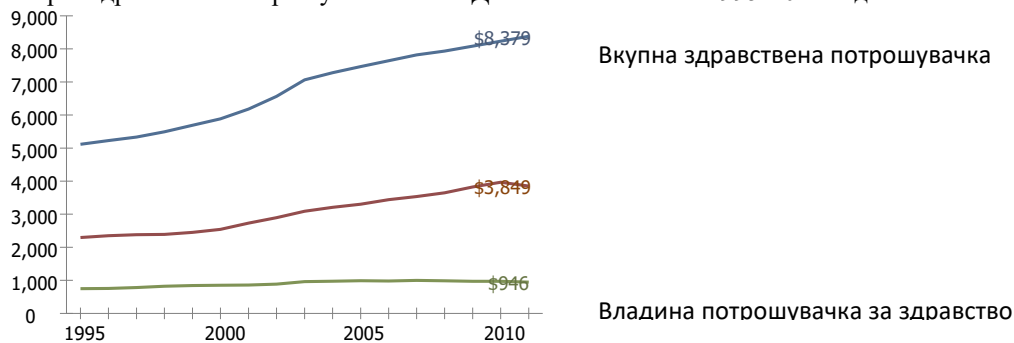
Многу фактори доведоа до пораст на трошоците за здравствена заштита во текот на изминатите неколку децении. Иако просечниот животен век на населението е речиси непроменет во текот на овој временски период, цената на одржувањето на здравјето на луѓето е драматично променета.

Основен момент во новата ера на финансирањето на здравствената заштита во САД е воведувањето на Medicare и Medicaid во средината на 60-тите години од минатиот век, за време на Џонсоновата администрација. Овие програми се дизајнирани за да се гарантира здравствената заштита за најранливите категории население: за сиромашните и постарите лица. За жал, она што многу луѓе не успеаја да го препознаат, е дека овие програми се исто така поттик за два меѓусебно поврзани проблеми кои се појавува и опстојуваат подолг временски период. Зголемените трошоци се далеку од оние кои биле предвидени и очекувањата дека пристапот до повисоко ниво прифатлива здравствена заштита е законско право на овие категории од населението.

2.2 Преглед на американските трошоци-расходи за здравствена заштита

САД трошат повеќе на здравствена заштита од било која друга земја во светот. Трошоците за здравствена заштита во САД имаат побрзо темпо на пораст од трошоците за останатите јавни потреби во економијата од 1960-тите. Во 1960 година, вкупната вредност на потрошувачката за здравствена заштита била 4,7% од бруто домашниот производ (БДП). Меѓу 1960 и 1999 година, реално по глава на жител здравствените трошоци го надминале растот на БДП за околу 2,4% годишно.²³⁹ Во 1965 година, кога била донесена програмата Medicare, националното здравствено трошење било 42.3 милијарди \$, т.е. 5,9% од БДП. До 2007 година, националната здравствена потрошувачка изнесувала 2,2 трилиони долари, што претставува 16,2% од БДП или 7.421 \$ по лице.²⁴⁰ До 2017 година, овие трошоци се очекува да достигнат \$ 4.3 трилиони (13,101 \$ по човек) и 20% од БДП.²⁴¹

Графикон бр.1 Здравствена потрошувачка во САД по глава на жител 1995-2011 година



Извор: National Health Accounts database, WHO

Како што може да се види од графиконот бр.1 здравствената потрошувачка по глава на жител во САД во 2011 година изнесува 8.379\$. Владината потрошувачка за здравство е 3.849\$, потрошувачката од џеб на осигурениците изнесува 946\$, а остатокот го покриваат осигурителните фондови.

Графикон бр.2 Поделба на федералниот буџет на САД во 2013 година

²³⁹ Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. U.S. health care spending in an international context. Health Aff (Millwood). 2004; p.10-25.

²⁴⁰ Hartman M, Martin A, McDonnell P, Catlin A, National Health Expenditure Accounts Team. National health spending in 2007: slower drug spending contributes to lowest rate of overall growth since 1998. Health Aff (Millwood). 2009; p.61.

²⁴¹ Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure Projections 2007-2017. Accessed at www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/Downloads/proj2007.pdf on 7 August 2008.

Eleventh International Scientific Conference
KNOWLEDGE IN PRACTICE
 16-18 December, 2016 Bansko, Bulgaria

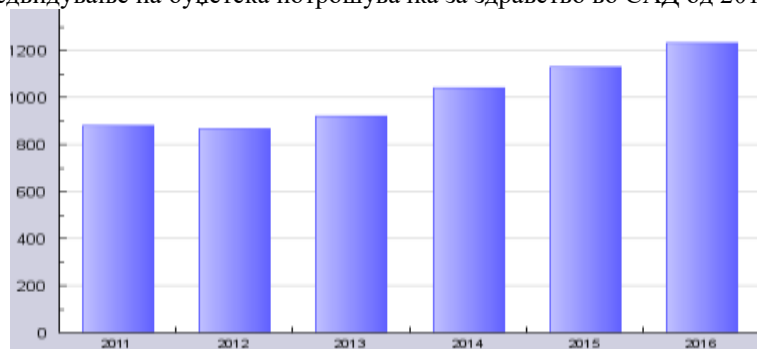


Извор: http://www.usgovernmentspending.com/federal_budget_detail_fy12bs12013n_1012131415#usgs302

Главните компоненти на американските трошоци за здравствена заштита се: делот што е наменет за болниците (31%), за лекарски и клинички услуги (21%), лекови (10%), и други трошења (25%).²⁴² Потрошувачката на лековите на рецепт се зголеми од 5,8% во 2005 година на 8,5% во 2006, а вкупната вредност на потрошувачката достигнала \$216,7 милијарди. Конгресната буџетска канцеларија (CBO Congress Budget Office) проектира дека без какви било промени во федералниот закон, вкупната вредност на потрошувачката за здравствена заштита би достигнала 25% од БДП во 2025 година, 30% од 2035, и дури 49% во 2082.²⁴³

Високите трошоци за здравствена заштита водат до повисоки премии за работодавците и вработените, зголемени трошоци за јавни програми, побавен раст на реалните плати и поголеми трошоци од дебот на поединци. Зголемувањето на премиите за здравствено осигурување значи дека поголем број Американци ќе немаат здравствено осигурување.²⁴⁴

Графикон бр.3 Предвидување на буџетска потрошувачка за здравство во САД од 2011 – 2016г.



Извор: http://www.usgovernmentspending.com/federal_budget_detail_fy12bs12013n_1012131415#usgs302

Една неодамнешна студија реализирана од страна на Фондацијата “Роберт Вуд Џонсон” констатира дека поголем дел од растот на бројот на неосигурените е последица на зголемените трошоци. Фондацијата, истакнува дека “вкупните премии за работодавачот се зголемени од шест до осум пати побрзо од платите, во зависност од тоа дали е одбрана индивидуална или семејна покриеност”.²⁴⁵ Студијата покажала дека “околу 20,7 милиони работници биле неосигурени во средината на 1990-тите години. Една деценија подоцна, биле 26.900.000, што претставува зголемување од околу 6 милиони.”²⁴⁶

²⁴² Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure Data, Historical. The Nation's Health Dollar, 2007 www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf

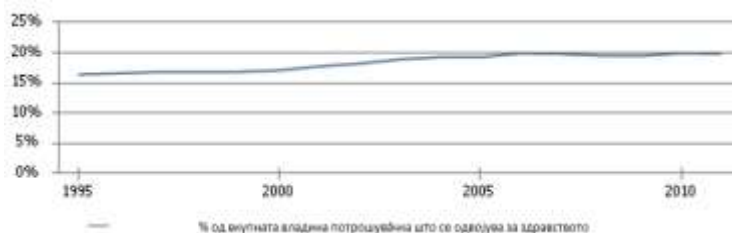
²⁴³ Congressional Budget Office. The Long-Term Outlook for Health Care Spending. November 2007. Accessed at www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf on 28 August 2008.

²⁴⁴ National Health Accounts database, World Health Organization

²⁴⁵ <http://www.rwjf.org/en/research-publications.html>

²⁴⁶ State Health Access Data Assistance Center (SHADAC), University of Minnesota School of Public Health. At the Brink: Trends in America's Uninsured. A State-by-State Analysis. Robert Wood Johnson Foundation, March 2009. www.rwjf.org/files/research/20090324ctuwp.pdf p.24

Графикон бр.4 Тренд на државните/владините ресурси на САД алоцирани во здравството 1995-2010 год.



Извор: National Health Accounts database, WHO

Високата цена на здравствената заштита е особено алармантна имајќи предвид дека таа не е во корелација со подобрените здравствени резултати. Меѓународни споредби на одредени здравствени индикатори (очекуваното траење на животот при раѓањето, смртност на новороденчињата, како и смртни случаи на 100.000 за болести на респираторниот систем и за дијабетес) укажуваат дека здравјето на луѓето во САД не е подобро отколку во повеќето други индустриски земји и покрај повисокото ниво на трошоци.²⁴⁷

2.3 САД во споредба со другите индустриски развиени земји

Дури и по приспособувањето за повисоките нивоа на приход по глава на жител, САД на здравствена заштита трошат 1.645 \$ по глава на жител повеќе од другите индустријализирани земји.²⁴⁸ Податоците за 2005 година од Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД) за 30 земји членки покажуваат дека САД трошат 15,3% од својот БДП за здравствена заштита, додека другите индустријализирани земји трошат 8-11%, односно во просек околу 9,0%. И покрај многу поголеми трошоци, обемот на здравствените услуги (на пример, лекарски и болнички посети) кој се користи од страна на американските жители е приближно сличен со тој во другите земји на ОЕЦД.²⁴⁹

Како развиена земја, САД можат да посветат поголем дел од нивниот национален доход за здравствена заштита во споредба со многу други земји. Сепак, и покрај високите трошоци, истражувањата од страна на Фондот “Комонвелт” во врска со искуствата за примарната здравствена заштита на пациентот открија дека Американскиот здравствен систем е рангиран како последен во поглед на безбедноста на пациентите, ефикасноста и правичноста. Од 51 индикатори за квалитетот на здравствената заштита, САД биле рангирани на прво место само според шест индикатори, вклучувајќи ја ефикасноста на негата, но биле последни или помеѓу последните според 27 индикатори.²⁵⁰

2.4 Плаќањата од сопствен џеб

Физичките лица во САД плаќаат 13,2% од сите трошоци за здравствена заштита од сопствениот џеб.²⁵¹ Зголемувањето на трошоците создаде финансиски оптоварувања за лицата кои мора да ги плаќаат трошоците за здравствена заштита од од џеб, што резултира со намален пристап до здравствена заштита, и зголемување на бројот на неосигурените лица. Зголемувањето на трошоците за здравствена заштита, исто така, придонесе за зголемување на личните долгови и банкротства.²⁵² Во

²⁴⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

²⁴⁸ Angrisano C, Farrell D, Kocher B, et al. 2007, Accounting for the Cost of Health Care in the United States. San Francisco: McKinsey Global Institute; p.63

²⁴⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008. www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

²⁵⁰ Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens. The Commonwealth Fund. April 2006. www.cmf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=364436 on 9 August

2009. Детална компаративна анализа на здравствената заштита во САД и 12 во други развиени земји е дадена во трудот, *Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other*.

²⁵¹ [http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with Other Countries](http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The%20U.S.%20Health%20Care%20System%20Compared%20with%20Other%20Countries)

²⁵² Merlis M, Gould D, and Mahato B. Rising out-of-pocket spending on medical care: a growing strain on family budgets. The Commonwealth Fund (pub. No. 887), Feb. 2006

2001-2002 година, 1 од 6 семејства (27 милиони семејства) потрошиле 10% или повеќе од своите приходи (5% или повеќе, ако биле со ниски приходи) на медицински трошоци од својот џеб.²⁵³

Еден од одговорите за зголемувањето на трошоците за здравствена заштита е донесувањето здравствени планови на потрошувачите во кои поединецот зема поголема одговорност за плаќањата за здравствена заштита од џеб, а не на товар на работодавачот или владата.²⁵⁴ Зголемувањето на поделбата на трошоците е еден начин да се поттикнат пациентите да бидат повеќе свесни за трошоците и да ги користат здравствените услуги поразумно. За жал, за оние со скромни примања, поделбата на трошоците ја намали потребната медицинска грижа, како на пример земање лекови за хипертензија.²⁵⁵ Сепак, трошоците за плаќање од џеб во САД сè уште се повисоки во апсолутна смисла во споредба со другите земји. Разликите во барањата за cost-sharing и опфатените здравствени услуги во осигурителните планови се земаат предвид за голем дел од овие разлики меѓу земјите.²⁵⁶

2.5 Здравствена технологија

Никој не може да го негира придобивките од здравствената технологија, но трошоците поврзани со воведување на истата, станаа извонредно високи. Вкупните трошоци само во првата година од животот за предвремено родено бебе лесно може да надминат 1.000.000\$. Трансплантацијата на органи спаси многу животи но и тие значително се зголемија во број. Многумина мислат дека цената е таа која е ограничувачки фактор за трансплантација, иако и недостатокот на донатори го ограничува бројот на извршени трансплантации.

Користењето понапредни технологии и трошоците поврзани со нив имаат значително голема улога во работењето на здравствените установи. На пример, бројот на MRIs (магнетна резонанца) по глава на жител во САД далеку го надминува соодветниот број за која било друга земја во светот, како и бројките за CAT (компјутеризирана аксијална томографија) скенери, срцева катетеризација, лаборатории, итн. Од друга страна, САД станаа место на избор за луѓе од други држави кои немаат пристап до некои видови напредни здравствени технологии во нивните земји.

2.6 Зголемување на здравствените трошоци поради стареење на населението

Просечниот животен век на Американците се зголеми само малку во последните неколку децении. Сепак во меѓувреме, возраста на населението значително се зголеми и постојат повеќе постари Американци од кога било досега. Всушност, до средината на 1990-тите години, возрастната група од 85 и повеќе е најбрзо растечки сегмент од населението. Во контекст на претходното, напоредно со стареењето на населението, се зголемуваат и трошоците за здравствена заштита. Водечките причини за смрт во почетокот на овој век беа ненадејни болести кои денес генерално можат да се излечат. Сегашните причини за смртност вклучуваат повеќе хронични, долготрајни и скапи болести, како што се срцевите болести и разни видови рак (Cancer). Така ако едно лице живее доволно долго, има добри шанси за подлегнување на хронична болест.

Комбинацијата на возраста и здравствената технологија ги зголемуваат трошоците и на други начини. Иако користа од таквите постапки е зголемувањето на човечкиот животен век, овие технологии се дополнителни трошоци во системот. Конечно, зголемената употреба на долгорочна нега, исто така, доведе до зголемени трошоци за здравствена заштита. Бидејќи семејствата поради работните обврски не можат да се грижат за старите родители, трошоците за долгорочна нега стануваат товар на општеството во целина.

2.7 Тековен систем на финансирање на медицинските услуги

Користејќи ги презентирани критериуми ќе се анализира тековниот систем за финансирање на здравствената заштита, како и сугестии за негово подобрување. Постојењето повеќе владини субвенции, директни и индиректни, меѓу кои и Medicare и Medicaid вршат опфат на најголемите субвенции на страната на побарувачката за здравствена заштита.

²⁵³ Schoen C, Doty MM, Collins SR, and Holmgren AL. Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured? Health Affairs Web Exclusive (June 14,2005):w5-289-302

²⁵⁴ Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, et al. Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits. N Engl J Med. 2006;354(22):2385-6

²⁵⁵ Government Accountability Office. Public Payers Face Burden of Entitlement Program Growth, While All Payers Face Rising Prices and Increasing Use of Services: Testimony of A. Bruce Steinwald to the Subcommittee on Military Construction, Veterans Affairs, and Related Agencies, Committee on Appropriations, House of Representatives, Feb. 15, 2007 (GAO-07-497T) Accessed Aug. 1, 2007 at <http://www.gao.gov/htext/do7497t.html>.

²⁵⁶ <http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with That in Other Countries>

2.7.1 Medicare

Medicare е програма која ги покрива медицинските трошоци за лица постари од 65 години. Настојувањата во поглед на оваа програма биле истата да ги опфати и лицата со хронични бубрежни болести. Бенефициите и цените за стари лица мора да се платат, вклучувајќи ги и месечните премии за лекарски услуги, партиципација за болнички услуги и тие се исти за сите стари лица без оглед на нивниот доход. Старите лица со повисок доход можат да си дозволат повеќе медицински услуги и да купат (покријат) нови услуги кои не се покриени со Medicare. Методот кој се користи за финансирање на Medicare резултирал со голем меѓугенерациски трансфер според староста. Делот од Medicare кој се однесува на неболнички услуги се финансира со месечните премии од стари лица, со што се покриваат 25% од трошоците на програмата. Medicare е финансиран главно од три извори: општите приходи 40% (general revenues), придонеси од плати 38% (payroll tax contributions), како и премии од корисниците 13% (beneficiary premiums), а останатите 9% од други извори.²⁵⁷

Medicare се соочува со два вида потреби. На краток рок, ако не се направат промени Medicare би можела банкротира. На долг рок, кога новите генерации ќе имаат право за користење на програмата ќе има потреба за додатни фондови за одржување на програмата. Предлозите за решавање на краткорочните проблеми, како што се намалените болнички и лекарски уплати, ќе бидат недоволни за обезбедување решение на долг рок. Колку е поголемо доцнењето во решавањето на проблемот, поголеми ќе бидат трошоците за секоја варијанта што нуди нивно решение и ќе бидат потребни повеќе даноци со што ќе се зголеми намалувањето на бенефициите.

Долгорочните проблеми на Medicare се зголемуваат поради неограничениот пристап кон здравствени услуги и нови скапи технологии за популацијата која старее, подолг век на живеење и помала стапка на наталитет. Решенијата на долг рок би требало да се реализираат во фази со што би ѝ им се овозможило на креаторите на политиката да изнајдат избалансирано решение.

Досега се давани голем број предлози со цел да се одржи Medicare. Меѓу понудените опции е и онаа варијанта за доходовно ориентирана програма. Ова може да се постигне на неколку начини. Од старите лица со повисоки примања да се побара да плаќаат поголеми премии отколку оние со пониски доходи или вредноста на бенефициите би можела да се намали со големината на доходот.

Друг пристап е промена на програмата на бенифиции на Medicare каде Владата го плаќа фиксниот долг на здравствениот план (овој предлог исто така би можел да биде доходовен и комбиниран со заштедите во здравството). Зголемувањето на медицинските трошоци може да се намали со промени на страната на понудата, како што е намалување на исплатите кон болниците и лекарите. Наталошните промени на страната на понудата би можеле да вклучат во Medicare програмата бенефиции со избор на здравствен план, така што плановите мора да се конкурентни (последниот пристап би можел да подразбира ваучер за ниски трошоци на здравствен план, каде што старите лица ги плаќаат додатните трошоци на поскапите планови).

Сепак настојувањето да се направи здравствениот систем поефикасен, нема да ги реши финансиските проблеми за одржување на Medicare на долг рок. Понатаму, намалувањето на бенефициите за стари лица ќе има обратен ефект на старите лица со ниски приходи. За да се направи системот Medicare поефикасен и балансиран (генерациски и преку редистрибуција од лицата со високи приходи кон лицата со ниски приходи), Medicare системот треба да вклучи два принципи: доходовно поврзани субвенции и дозвола на корисниците на Medicare програмата да го изберат здравствениот план. Од овие принципи за изедначено финансирање и ефикасни услуги се извлекува прашањето: Зошто Medicare и Medicaid треба да се споменуваат како различни системи? Зошто да не постои еден систем базиран на доходовни субвенции и избор на конкурентски планови. Одговорите на дел од овие прашања се содржани во програмата за “Прифатлива грижа” на Претседателот Обама, која сèуште не наидува на позитивни реакции од осигурениците.

2.7.1.1 Емпириски податоци од Medicare програмата

Medicare е програма што работи на принципот “*in kind*” субвенции за повозрасни лица т.е. субвенции во натура (делот А од Medicare програмата обезбедува болничко покривање на трошоците, додека делот Б е доброволна програма првенствено за лекарски услуги каде 75% од премиите ги субвенционира Владата). Бенефициите за повозрасни се слични, како и намалените цени што мора да ги платат за користење медицинска услуга. За да користат лекарска услуга пациентите мора да платат 50\$ дедуктивно (франшиза) и 20% партиципација. Ценовниот механизам бил дизајниран за обезбедување,

²⁵⁷ <http://kff.org/medicare/fact-sheet/medicare-spending-and-financing-fact-sheet>

финансиски пристап за медицински услуги или еднаков третман за исти здравствени потреби на повозрасните.

Колку повеќе побарувачката за медицински услуги меѓу повозрасните се разликува според доходот и пристапноста, толку сличната цена за сите како и за повозрасните би резултирала со поголеми разлики во користење на услугите. Воспоставување иста цена за повозрасните од сите доходовни групи ќе резултира со поголемо користење здравствени услуги, од ниско доходовните групи. Намалените цени претставуваат мало финансиско оптоварување за високо доходовната група.

Доколку Medicare се базирала на претпоставката дека ќе има еднаков третман за исти потреби, би се очекувало да има еднаков број посети на лекари според нивото на здравствени потреби. Без разлика на здравствениот статус, повозрасните лица од повисока доходовна група имаат повеќе лекарски посети, отколку лицата со помали приходи.

Базирајќи се на искуството на Medicare очигледно е дека со намалувањето, на слична цена за повозрасните луѓе нема да се постигне ниту еднаков финансиски пристап, ниту еднаков третман за исти потреби. Како што може да се претпостави Medicare е неефикасен пристап, бидејќи лицата со високи приходи користат повеќе услуги отколку оние со ниски приходи и според тоа услугите се поскапи. Ако субвенциите варираат во зависност од нивото на доходот, тогаш истите услуги би можеле да се обезбедат и кај лицата со ниски приходи по пониски вкупни трошоци.

2.7.2 Medicaid

Medicaid претставува програма наменета за сиромашни корисници на здравствени услуги. Улогата на Владата во основа е поделба на трошоците од програмата, која е одговорна за дефинирање соодветни барања и задоволување на здравствените потреби. Од државата се бара да ги покрие оние трошоци како што е помош за деца кои имаат потреба од соодветна грижа. Medicaid е финансиран преку даноците и федералната влада и државите ги делат трошоците. Секоја година, уделот во трошоците на федералната влада во Medicaid е околу 57%, што значи дека државата учествува со околу 43%.²⁵⁸

Политиката која се грижи за правата на лицата опфатени со Medicaid е дали овие корисници го намалиле нивното приватно осигурување бидејќи Medicaid станал способен за супституција на ниските трошоци. Давани се различни предлози со цел да се подобри ефикасноста и еднаквоста во Medicaid. Еден од пристапите е да се има унифициран стандард за пристап и второ, да се обезбедат субвенции на лицата со ниски приходи.

Пристапот има бројни предности. Бенефициите се упатени на оние со најниски приходи, со што има постепено намалување на бенефициите како што расте доходот, а со тоа се зголемува потстрекот за пораст на доходот. Финансирањето се базира на вкупниот данок од приход, со што се зголемуваат фондовите од оние со поголем доход. Но, сепак постојат и бројни проблеми во пристапот. Прв е политичкиот. Конституенти на истиот се лица со ниски приходи, млади и постари, со што нивното гласачко учество во однос на останатите е помало. За подобрување на услугите на здравствените институции кон пациентите на Medicaid и за да се зголеми ефикасноста, се започнало со договарања на капитална база (по глава на жител) со менаџерско раководени здравствени установи, со што давателите на услуги ќе мора да одговараат на потребите. Клучично за успех на Medicaid програмата е волјата на државата да го надградува квалитетот, крајниот резултат и задоволството на пациентите од услугите добиени во здравствените институции. Пристапот на заштита и квалитет на овие услуги полесно се набљудуваат во менаџерски систем отколку во систем по завршена услуга. Исто така, поголема е и ефикасноста на давателите на услуги.

Референци

1. Prof. dr. sc. Branimir Marković, mr. sc. Slavko Vukić: Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, UDK 614.2: 339.9 Pregledni članak
2. М-р Игор Тантуровски, Импликации на финансиското менаџирање во јавното здравство
3. – Случајот на Република Македонија – Докторска дисертација, Скопје 2014
4. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. U.S. health care spending in an international context. Health Aff (Millwood). 2004; p.10-25.
5. Hartman M, Martin A, McDonnell P, Catlin A, National Health Expenditure Accounts Team. National health spending in 2007: slower drug spending contributes to lowest rate of overall growth since 1998. Health Aff (Millwood). 2009; p.61.

²⁵⁸ Alison Mitchell, 2012, Medicaid Financing and Expenditures, Congressional Research Service, p.2

Eleventh International Scientific Conference
KNOWLEDGE IN PRACTICE
16-18 December, 2016 Bansko, Bulgaria

6. Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure Projections 2007-2017. Accessed at www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/Downloads/proj2007.pdf on 7 August 2008.
7. Congressional Budget Office. The Long-Term Outlook for Health Care Spending. November 2007. Accessed at www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf on 28 August 2008.
8. National Health Accounts database, World Health Organization
9. <http://www.rwjf.org/en/research-publications.html>
10. State Health Access Data Assistance Center (SHADAC), University of Minnesota School of Public Health. At the Brink: Trends in America's Uninsured. A State-by-State Analysis. Robert Wood Johnson Foundation, March 2009. www.rwjf.org/files/research/20090324ctuwp.pdf p.24
11. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html
12. Angrisano C, Farrell D, Kocher B, et al. 2007, Accounting for the Cost of Health Care in the United States. San Francisco: McKinsey Global Institute;p.63
13. Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens. The Commonwealth Fund. April 2006. www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=364436 on 9 August 2009.
14. [http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with Other Countries](http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The%20U.S.%20Health%20Care%20System%20Compared%20with%20Other%20Countries)
15. Merlis M, Gould D, and Mahato B. Rising out-of-pocket spending on medical care: a growing strain on family budgets. The Commonwealth Fund (pub. No. 887), Feb. 2006
16. Schoen C, Doty MM, Collins SR, and Holmgren AL. Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured? Health Affairs Web Exclusive (June 14,2005):w5-289-302
17. Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, et al. Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits. N Engl J Med. 2006;354(22):2385-6
18. Government Accountability Office. Public Payers Face Burden of Entitlement Program Growth, While All Payers Face Rising Prices and Increasing Use of Services: Testimony of A. Bruce Steinwald to the Subcommittee on Military Construction, Veterans Affairs, and Related Agencies, Committee on Appropriations, House of Representatives, Feb. 15, 2007 (GAO-07-497T) Accessed Aug. 1, 2007 at <http://www.gao.gov/htext/do7497t.html>.
19. [http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with Thatin Other Countries](http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The%20U.S.%20Health%20Care%20System%20Compared%20with%20Thatin%20Other%20Countries)
20. Alison Mitchell, 2012, Medicaid Financing and Expenditures, Congressional Research Service, p.2