

Američki pristup u financiranju zdravstva

Neveščanin, Stipe

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:103807>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ RADIOLOŠKE TEHNOLOGIJE

Stipe Neveščanin

AMERIČKI PRISTUP U FINANCIRANJU ZDRAVSTVA

Diplomski rad

Split, 2023

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ RADIOLOŠKE TEHNOLOGIJE

Stipe Neveščanin

AMERICAN APPROACH TO HEALTHCARE FINANCING

Diplomski rad/Master's Thesis

Mentor:

prof.dr.sc. Mirko Klarić

Split, 2023

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Radiološka tehnologija

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Temeljne medicinske znanosti

Mentor: prof.dr.sc. Mirko Klarić

AMERIČKI PRISTUP U FINANCIRANJU ZDRAVSTVA

Stipe Neveščanin, 66185

SAŽETAK

Zdravstveni sustav Sjedinjenih Država ima značajne prednosti i značajne slabosti. Ima veliku i dobro obučenu zdravstvenu radnu snagu, širok raspon visokokvalitetnih medicinskih stručnjaka, kao i sekundarnih i tercijarnih ustanova, snažan istraživački program zdravstvenog sektora i, za odabrane usluge, među najboljim medicinskim rezultatima u svijetu. Ali također pati od nepotpune pokrivenosti svog stanovništva, razina izdataka za zdravstvo po osobi koje daleko premašuju sve druge zemlje, loših mjera mnogih objektivnih i subjektivnih mjera kvalitete i ishoda, nejednake distribucije resursa i ishoda u cijeloj zemlji i među različitim skupinama stanovništva.

Teško je odrediti u kojoj su mjeri nedostaci povezani sa zdravstvenim sustavom, iako se čini da su barem neki od problema posljedica lošeg pristupa skrbi. Zbog usvajanja Affordable Care Act (ACA) 2010. godine, Sjedinjene Države suočavaju se s razdobljem golemih potencijalnih promjena. Poboljšanje pokrivenosti središnji je cilj, predviđeno kroz subvencije za neosigurane osobe za kupnju privatnog osiguranja, proširenu podobnost za Medicaid (u nekim državama) i veću zaštitu osiguranika. Nadalje, primarna zdravstvena zaštita i javno zdravstvo dobivaju veća sredstva, a kvalitetom i izdacima rješava se niz mjera. Hoće li ACA doista biti učinkovita u rješavanju gore navedenih izazova može se odrediti tek s vremenom.

Američki zdravstveni sustav često se naziva skupim i neučinkovitim nesustavom. Postoje mnogi dionici i pružatelji usluga, visoki troškovi i lošiji zdravstveni rezultati stanovništva od onih postignutih u drugim industrijaliziranim zemljama kao što su Britanija, Njemačka i Kanada. Zdravstveni sustav je rasprostranjen s visokim razinama pokrivenosti za različite planove osiguranja kroz osiguranje temeljeno na zapošljavanju zajedno s javno financiranim i upravljanim zdravstvenim osiguranjem. Rješavanje najzahtjevnijih pitanja financiranja, isporuke i politike zdravstvene skrbi ovisi koliko o pronalaženju zajedničkog jezika toliko i o medicinskim, društvenim, bihevioralnim i organizacijskim znanostima.

Ključne riječi: Sjedinjene Američke Države, sustav financiranja, zdravstvo

Rad sadrži: 43 stranice, 3 slike, 38 literarnih navoda

Jezik izvornika: hrvatski.

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Radiological Technology

Scientific area: Biomedicine and health care

Scientific field: Basic medical science

Supervisor: prof.dr.sc. Mirko Klarić

AMERICAN APPROACH TO HEALTHCARE FINANCING

Stipe Neveščanin, 66185

SUMMARY

The United States health care system has significant strengths and significant weaknesses. It has a large and well-trained healthcare workforce, a wide range of high-quality medical professionals as well as secondary and tertiary facilities, a strong health sector research program and, for selected services, among the best medical outcomes in the world. But it also suffers from incomplete coverage of its population, levels of health expenditure per person that far exceed all other countries, poor measures of many objective and subjective measures of quality and outcomes, unequal distribution of resources and outcomes across the country and among different population groups.

It is difficult to determine the extent to which the deficiencies are related to the health care system, although at least some of the problems appear to be due to poor access to care. With the passage of the Affordable Care Act (ACA) in 2010, the United States is facing a period of enormous potential change. Improving coverage is a central goal, envisioned through subsidies for the uninsured to purchase private insurance, expanded Medicaid eligibility (in some states), and greater protections for the insured. Furthermore, primary health care and public health receive more funding, and quality and expenditure are addressed by a number of measures. Whether the ACA will actually be effective in addressing the above challenges can only be determined with time.

The American health care system is often called an expensive and inefficient system. There are many stakeholders and service providers, high costs and poorer population health outcomes than those achieved in other industrialized countries such as Britain, Germany and Canada. The health care system is widespread with high levels of coverage for various insurance plans through employment-based insurance along with publicly funded and managed health insurance. Solving health care's most challenging financing, delivery, and policy issues depends as much on finding common ground as it does on the medical, social, behavioral, and organizational sciences.

Key words: United States of America, financing system, healthcare

Thesis contains: 43 pages, 3 figures, 38 references

Original language: Croatian.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. CILJ RADA..... | 2 |
| 3. IZVORI PODATAKA I METODE | 3 |
| 4. MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH SUSTAVA..... | 4 |
| 4.1. BISMARCKOV MODEL | 4 |
| 4.2. BEVERIDGEOV MODEL FINANCIRANJA ZDRAVSTVA | 6 |
| 4.2.1. Usporedba Bismarckovog i Beveridgeovog sustava financiranja..... | 9 |
| 4.3. SEMAŠKO MODEL..... | 11 |
| 5. KINA I SINGAPUR..... | 14 |
| 5.1. KINA | 14 |
| 5.2. SINGAPUR | 16 |
| 6. SJEDINJENE AMERIČKE DRŽAVE: JAVNO-PRIVATNI ZDRAVSTVENI SUSTAV 19 | |
| 6.1. US MEDICARE I MEDIAID | 21 |
| 6.2. PROMJENJIVO ZDRAVSTVENO OKRUŽENJE U SAD-u | 22 |
| 6.3. DRUŠTVENE NEJEDNAKOSTI | 28 |
| 6.4. ZDRAVSTVENE INFORMACIJE | 30 |
| 6.5. ZDRAVSTVENI CILJEVI SAD-a | 31 |
| 6.5. SAŽETAK AMERIČKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA..... | 32 |
| 7. ZAKLJUČAK | 35 |
| 8. LITERATURA..... | 36 |
| 9. ŽIVOTOPIS | 39 |

1. UVOD

Nacionalni zdravstveni sustavi obično su usredotočeni na poboljšanje zdravlja stanovništva i sprječavanje bolesti i opasnosti po zdravlje kako bi njihovo cjelokupno stanovništvo moglo težiti zdravom životu i na taj način pridonositi prosperitetnom razvoju zemlje i gospodarstva.

Dostizanje nacionalnih zdravstvenih ciljeva postiže se odabirom adekvatne i učinkovite kombinacije načina financiranja, organizacijske izvedbe struktura zdravstvenih usluga i pristupa plaćanju za pružatelje zdravstvenih usluga. Drugi strukturni elementi koji doprinose postizanju zdravstvenih ciljeva su regulatorni okvir i programi javnog obrazovanja. Pristupi mobilizaciji resursa obično uključuju mješavinu općeg oporezivanja i doprinosa sustavima javnog zdravstva te privatnim programima zdravstvenog osiguranja (1).

Glavni načini financiranja zdravstvene zaštite uključuju nacionalni sustav zdravstvenog osiguranja, opće prihode, privatno osiguranje, osiguranje u zajednici i plaćanje iz vlastitog džepa. Odabir metode utjecat će na to tko će snositi financijski teret, količina raspoloživih resursa i tko upravlja raspodjelom resursa.

Zdravstveni sustavi u svim zemljama suočeni su sa zajedničkim problemima u zdravlju stanovništva, s povećanjem starosti stanovništva, hipertenzijom, pretilošću i prevalencijom dijabetesa te rastućim troškovima zdravstvene zaštite. Kapacitet istraživanja zdravstvenih sustava važan je u svakoj zemlji jer se s ograničenim resursima pokušava nositi s brzim promjenama u zdravlju stanovništva i individualnim zdravstvenim potrebama. Razvoj istraživačkih kapaciteta omogućuje poboljšane kapacitete donositelja odluka za informirane, troškovno učinkovite odluke. U zemljama u razvoju, niske razine financiranja zdravstva koče razvoj zdravstvenog sustava utemeljenog na dokazima i obuku nove zdravstvene radne snage. Jačanje sustava izvješćivanja prikupljanja podataka, kao i ekonomske i epidemiološke analize, vitalni su za zdravstvenu politiku i upravljanje.

Reforma zdravstva je stalan proces jer se sve zemlje moraju prilagoditi suočavanju s izazovima ograničenja troškova, nejednakosti u pristupu skrbi, starenja stanovništva, pojave novih bolesti i napredne tehnologije te rastućih kapaciteta medicine, javnog zdravlja i promicanja zdravlja. Porast broja pretilih, dijabetesa i drugih kroničnih bolesti zahtijeva od nacija da modificiraju svoje sustave zdravstvene skrbi. Učenje iz sustava razvijenih u različitim zemljama pomaže u učenju iz procesa promjena u drugim zemljama (2).

2. CILJ RADA

Cilj rada je analiza američkog pristupa financiranja zdravstva, istražiti elemente i obilježja financiranja te prednosti i mane sustava. Također, cilj rada je upoznati čitatelja s osnovnim modelima financiranja te usporediti ih međusobno.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

Kao izvori podataka korišteni su članci i knjige do kojih se došlo pretraživanjem baze podataka PubMed.gov. Također, kao izvor podataka korištene su publikacije Svjetske zdravstvene organizacije dostupne na njihovoj službenoj stranici. Metode rada su metoda analize i sinteze, metoda dedukcije te metoda komparacije.

4. MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH SUSTAVA

Prema klasifikacija koju daje Matcha (3) razlikuju se 4 glavna modela financiranja zdravstvenih sustava;

1. tržišni model koji je karakteriziran interakcijom pružatelja zdravstvenih usluga i osiguravatelja ili drugim riječima međudjelovanjem tržišnih sila ponude i potražnje (npr. SAD);
2. Bismarckov model u kojem postoji partnerstvo između javnog i privatnog sektora u svrhu osiguranja pružanja zdravstvene zaštite, a gdje se financiranje kombinira iz državnih sredstava te iz doprinosa (npr. Francuska, Njemačka, Austrija, Japan);
3. Beveridgeov model financiran iz poreza, a prema kojem se zdravstvene usluge i pristup njima trebaju smatrati građanskim pravom (Ujedinjeno Kraljevstvo, Norveška, Švedska);
4. te model državnog upravljanja koji se primjenjivao u bivšim komunističkim državama poput Sovjetskog Saveza i Čehoslovačke (nazivan i Semaško model) (3).

4.1. BISMARCKOV MODEL

Otto von Bismarck rođen je u Schönhausenu u plemićkoj zemljoposjedničkoj obitelji. Studirao je pravo u Göttingenu i Berlinu i stupio u državnu službu. Nakon neuspjeha revolucije 1848. ušao je u politički život kao konzervativac. Postao je istaknuti heroj u Francusko-pruskom ratu 1870. i ujedinio je Njemačku konfederaciju postavši kancelar od 1871. do 1890.

Unatoč svojim aristokratskim korijenima i dubokom političkom konzervativizmu, Bismarck je 1880-ih stvorio prvu modernu državu blagostanja u Europi, uspostavivši nacionalno zdravstveno osiguranje za radnike i njihove obitelji (1883), osiguranje od nezgode (1884) i starosne mirovine (1889). Iako je njegova motivacija možda bila politička - da zaustavi rastuću popularnost socijalističkih stranaka - također je služio u nacionalističke svrhe da razvije zdravije stanovništvo kao buduće radnike i vojnike (4).

Njegovo naslijeđe socijalnog osiguranja temeljenog na zapošljavanju za zdravlje radnika i njihovih obitelji naširoko se oponaša i pamt do danas kao „Bismarckov model“ nacionalnog zdravstvenog osiguranja izgrađenog na načelima solidarnosti, samouprave i natjecanja. Bismarckov model uspostavio je državno socijalno osiguranje uz pretplatu radnika i njihovih

poslodavaca. Koristio je bolničke fondove (Krankenkassen) kao osiguravatelje za plaćanje liječniku, bolnici ili drugom pružatelju usluga.

Njemački zdravstveni sustav, kao jedan od sustava temeljenih na Bismarckovom modelu, danas karakterizira sudjelovanje, kao i dijeljenje ovlasti donošenja odluka između pokrajina (Länder), savezne vlade i organizacija civilnog društva. Od 2009. Zakonsko zdravstveno osiguranje (SHI) obvezno je za sve građane i osobe sa stalnim boravkom plaćati jedinstveni doprinos od 15,5 posto svojih prihoda (Gesetzliche Krankenversicherung) sa 118 fondova za zdravstveno osiguranje (Krankenkassen, siječanj 2016.) (4).

SHI pokriva 85 posto stanovništva koje ima pravo izabrati željenu zdravstvenu kasu za sveobuhvatan raspon usluga. Fondovi za zdravstveno osiguranje povezani su s udrugama liječnika ovlaštenih za liječenje pacijenata koje pokriva SHI. Privatno zdravstveno osiguranje (PHI) pokriva 11 posto stanovništva za određene skupine kao što su državni službenici. Ostali (4%), poput vojske, uključeni su u druge posebne vladine programe.

Od 1990-ih uvode se financijski poticaji kako bi se poboljšala kvaliteta i učinkovitost skrbi zajedno s pravom korisnika na izbor između zdravstvenih fondova koji povećavaju konkurenciju i tržišnu orijentaciju. Bolnice se plaćaju prema grupama vezanim uz dijagnozu (DRGs)—tj. plaćanje prema dijagnostičkoj kategoriji, a ne prema dužini boravka u bolnici, preuzeto iz iskustva SAD-a. Liječnici su plaćeni prema sustavu kapitacije—tj., fiksna isplata za svaku osobu registriranu za njegu kod liječnika na određeno vremensko razdoblje (za razliku od naknade za uslugu) u liječničkim udrugama (5).

Dugotrajna skrb pokrivena je saveznim obveznim programom. Njemačka troši 11,3% BDP-a (2015.) na zdravstvo, što je jedna od najviših razina među članicama EU-a, sa 73% iz javnih izvora i 27% iz privatnih izvora. U 2014. Njemačka je imala 6,2 kreveta za akutnu njegu na 1000 kreveta na 1000 stanovnika, što je gotovo 40% više od stope za izvorne zemlje EU (3,8 na 1000). Od toga je 48% kreveta bilo u javnim, 34% u privatnim neprofitnim, a 18% u privatnim profitnim bolnicama. Busse i sur. (2017.) opisuju reforme od svog osnutka 1883. postupno postižući univerzalnu pokrivenost. Sustav također traži veću isplativost u usporedbi sa susjednim zemljama.

U Europi su mnoge zemlje razvile modele oporezivanja ili socijalne sigurnosti temeljene na Bismarckovom pristupu, s obveznim doprinosima radnika i njihovih poslodavaca u nacionalni

sustav socijalne sigurnosti. Time su se zatim financirale odobrene usluge koje se obično plaćaju putem privatne medicinske prakse uz plaćanje naknade za uslugu.

Mnoge europske zemlje i Japan postupno su razvile slične oblike obveznog zdravstvenog osiguranja za radnike i njihove obitelji nakon Prvog svjetskog rata ili kasnije nakon Drugog svjetskog rata, proširivši se na univerzalne sustave zdravstvenog osiguranja. Ovaj se model koristi u Francuskoj, Belgiji, Nizozemskoj, Japanu, Švicarskoj i Latinskoj Americi, kao i u postsovjetskim zdravstvenim reformama i zemljama istočne Europe (CEE) (5).

Izraelski sustav, usvojen 1995., temeljen na Bismarckovom modelu, obvezno je nacionalno zdravstveno osiguranje u kojem svatko mora izabrati jedan od četiri dugotrajna bolnička fonda koji se sada nazivaju zdravstvenim organizacijama. Oni se natječu za članove, a plaća im se iznos po glavi stanovnika za koji su dužni pružiti sveobuhvatne usluge uključujući bolničke, primarne zdravstvene i preventivne usluge. Usluge su znatno poboljšane u okviru nacionalnog zdravstvenog osiguranja, a također su ažurirane godišnjim dodacima u zakonsku "košaricu usluga" (6).

Zdravstvene statistike pokazuju da je Izrael među prvim zemljama po očekivanom životnom vijeku, s brzim padom smrtnosti od moždanog udara, koronarne bolesti srca i raka. Zadovoljstvo potrošača je visoko, zdravlje majke i djeteta su naglašeni, nizak omjer bolničkih kreveta i stanovništva, dok su izdaci za zdravstvo relativno skromni i stabilni izdaci za zdravstvo po stanovniku nešto ispod osam posto BDP-a (Lancet 2017.) (6).

4.2. BEVERIDGEOV MODEL FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

William Beveridge rođen je 1879. u Bengaluru u Indiji, gdje mu je otac bio sudac u indijskoj državnoj službi. Školovao se za odvjetnika i postao istaknut u britanskoj liberalnoj vladi 1906.–1914. kada je savjetovao Davida Lloyd Georgea (kancelara državne blagajne od 1908. do 1915., premijera od 1916. do 1922.) o starosnim mirovinama i nacionalnom osiguranju.

Godine 1911., na inicijativu Lloyd Georgea, pod utjecajem njemačkog obveznog zdravstvenog osiguranja, liberalna vlada Velike Britanije uvela je Zakon o nacionalnom zdravstvenom osiguranju. Bila je obvezna za sve nadničare između 16 i 70 godina starosti. Bio je to dvodijelni plan koji se temeljio na sustavu doprinosa radnika i poslodavca za osiguranje od nezaposlenosti i za medicinsku skrb za radnike i njihove obitelji. Uprava je bila putem odobrenih društava za uzajamnu korist (Prijeteljska društva), neka temeljena na osiguravajućim društvima, a druga na profesionalnim udrugama i sindikatima (7).

Usluge liječnika opće prakse plaćane su po glavi stanovnika, a ne po plaći, čime je sačuvan njihov status samozaposlenih stručnjaka. U početku je ovaj plan pokrивao jednu trećinu stanovništva da bi se 1940. povećao na polovicu, međutim došlo je do poremećaja zbog masovne nezaposlenosti tijekom Velike depresije koja je započela 1929. i nastavila se do kasnih 1930-ih.

U prvim danima Drugog svjetskog rata, britanska vlada uspostavila je Nacionalnu hitnu medicinsku službu za bolnice u pripremi za očekivane velike civilne žrtve koje su se očekivale tijekom brzog bombardiranja od strane nacističke Njemačke. Ovo je uspostavilo nacionalno zdravstveno planiranje i spasilo mnoge bolnice od skoro bankrota zbog učinaka Velike depresije u Ujedinjenom Kraljevstvu (UK). Tijekom Drugog svjetskog rata, po nalogu premijera Winstona Churchilla, Beveridge je razvio poslijeratni program društvene obnove (7).

Beveridgeovo izvješće iz 1942., Socijalno osiguranje i zdravstvene usluge, ocrtili su koncept buduće socijalne države uključujući nacionalnu zdravstvenu službu, stavljajući medicinsku skrb u kontekst opće socijalne politike za cjelokupno stanovništvo. Ratna vladina koalicija odobrila je načelo nacionalne zdravstvene službe, što je imalo široku podršku javnosti, unatoč protivljenju liječničke udruge.

Godine 1945. novoizabrana laburistička vlada Clementa Attleeya prihvatila je Beveridgeove preporuke za uvođenje Zakona o nacionalnom osiguranju (1946.) kao sveobuhvatnog sustava beneficija za nezaposlenost, bolesti, porođiljstva i mirovine koje financiraju poslodavci, zaposlenici i vlada (8).

Zakon o nacionalnoj zdravstvenoj službi (NHS) pokrenut je 1948. godine pod vodstvom Aneurina Bevana, protiv stalnog protivljenja medicinskih organizacija, kao univerzalna državna zdravstvena služba u Britaniji. NHS osigurava nacionalni sustav opće pokrivenosti financiran na temelju poreza koji pruža besplatnu njegu liječnika opće prakse, specijalista, bolnica i javnih zdravstvenih službi. To uključuje dijagnozu i liječenje bolesti kod kuće ili u bolnici, uključujući stomatološku i optometrijsku skrb.

Izvorna struktura NHS-a bila je podijeljena na tri odvojene službe: bolnicu, liječnika opće prakse i zdravstvene službe zajednice. Bolnica i specijalističke službe bile su u nadležnosti 14 regionalnih odbora. Liječnici opće prakse radili su prema nacionalnim ugovorima, a službe javnog zdravstva, kao što su javno zdravstvo, kućna njega i patronažne službe, primalje, skrb

o majci i djeci, bile su pod kontrolom županijskih i gradskih lokalnih vlasti. Sve su jedinice podnijele izvještaj ministru zdravstva i njegovom osoblju.

Ponuda bolničkih kreveta u Ujedinjenom Kraljevstvu 2014. bila je nešto ispod polovine stope u Francuskoj i jedne trećine stope kreveta u Njemačkoj na 1000 stanovnika. Specijalisti u bolnicama primaju plaću, ali su vrlo neovisni; liječnici opće prakse vodili su vlastite ordinacije i postavili temelje NHS sustava. S vremenom je ova tripartitna struktura evoluirala do određenog stupnja integracije liječnika opće prakse i zdravstvenih službi u zajednici, zajedno s bolnicama pod bolničkim zakladama koje su odgovarale regionalnim zdravstvenim vlastima. NHS, s povremenim reformama, još uvijek je na snazi u Ujedinjenom Kraljevstvu i dobro ga prihvaća stanovništvo, a s vremenom čak i konzervativne vlade i medicinska struka.

Postoje razlike između sustava NHS-a u Ujedinjenom Kraljevstvu: Engleska, Škotska, Wales i Sjeverna Irska imaju svaki vlastiti NHS, iako uz financiranje i strukturu središnjeg NHS-a. Regionalne razlike u zdravstvenim pokazateljima još uvijek postoje unatoč promjenama u financiranju koje daju veća sredstva unutar regija (podjela sjever-jug) Engleske; svaki od njih četiri ima svoje vlastite smjernice politike (8).

Društvene klasne i zemljopisne nejednakosti u zdravlju unutar NHS-a prepoznate su od 1970-ih nizom izvješća i analiza koje pokazuju velike razlike u očekivanom životnom vijeku, smrtnosti koja se može izbjeći (tj. spriječiti) između južne i sjeverne Engleske, a još više sa Škotskom i znatno lošijim zdravstvenim pokazateljima.

Izvješće Marmota o nejednakostima iz 2010. ukazalo je na opseg problema: „Ljudi koji žive u najsiromašnijim četvrtima u prosjeku će umrijeti sedam godina ranije od ljudi koji žive u najbogatijim četvrtima. Što je još više uznemirujuće, ljudi koji žive u siromašnijim područjima ne samo da umiru ranije, već provode veći dio svog života s invaliditetom - prosječna ukupna razlika od 17 godina.

Pregled je procijenio cijenu zdravstvenih nejednakosti u Engleskoj: gubici produktivnosti od 31 do 33 milijarde funti svake godine; izgubljeni porezi i veća socijalna davanja u rasponu od £20-32 milijarde godišnje; a dodatna zdravstvena skrb NHS-a košta znatno više od 5,5 milijardi funti godišnje.”

“Beveridgeov model” izraz je koji se koristi za model Nacionalne zdravstvene službe, koji su u međuvremenu usvojile mnoge europske zemlje i treba ga smatrati snažnim modelom za zemlje koje reformiraju svoje univerzalne zdravstvene sustave, poput Španjolske i Italije (9).

Škotski NHS razlikuje se od središnjeg engleskog NHS-a u rješavanju nejednakosti usredotočujući se na zdravstveni sektor kao isključivu odgovornost za smanjenje nejednakosti. Engleski NHS i druge vladine agencije problem vide šire i usvojile su mjere za borbu protiv siromaštva s određenim uspjehom u poboljšanju socijalnih i zdravstvenih razlika u mortalitetu i morbiditetu od 2000.

Sustav NHS-a ostaje općenito popularan u pružanju zdravstvene sigurnosti za sve i postizanju dobrih rezultata mjere unatoč regionalnim nejednakostima. Nikakva promjena vladajuće političke stranke nije dovela do raspuštanja NHS-a radi privatiziranog zdravstvenog sustava tijekom sedam desetljeća od njegova početka (9).

4.2.1. Usporedba Bismarckovog i Beveridgeovog sustava financiranja

Bismarckov sustav financiranja zdravstva i Beveridgeov sustav dva su različita pristupa organiziranju i financiranju zdravstvene zaštite. Evo ključnih razlika između to dvoje:

1. Mehanizam financiranja:

- Bismarckov sustav: Bismarckov sustav temelji se na socijalnom osiguranju. Financira se kombinacijom doprinosa poslodavca i zaposlenika. Prikupljena sredstva koriste se za financiranje zdravstvenih usluga, a pojedinci koji doprinose imaju pravo na zdravstvene naknade.
- Beveridgeov sustav: Beveridgeov sustav temelji se na oporezivanju. Država financira zdravstvene usluge općim poreznim prihodima. Zdravstvena skrb pruža se kao javna usluga, a pojedinci obično ne plaćaju izravnu skrb za njegu na mjestu pružanja usluge.

2. Pokrivenost:

- Bismarckov sustav: Bismarckov sustav osigurava zdravstveno osiguranje pojedincima koji su dio sheme socijalnog osiguranja. Podobnost za osiguranje često je povezana sa zaposlenjem. Ljudi doprinose sustavu osiguranja i imaju pravo na zdravstvene beneficije bez obzira na visinu prihoda.
- Beveridgeov sustav: Beveridgeov sustav ima za cilj pružiti univerzalnu pokrivenost zdravstvenom skrbi svim građanima. Obično nudi zdravstvene usluge cjelokupnom stanovništvu, bez obzira na status zaposlenja ili razinu prihoda. Vlada financira i upravlja zdravstvenim sustavom.

3. Uloga osiguranja:

- Bismarckov sustav: U Bismarckovom sustavu zdravstveno osiguranje igra presudnu ulogu. Zdravstvena osiguravajuća društva često su neprofitna društva koja prikupljaju doprinose od poslodavaca i zaposlenika. Ta se sredstva zatim koriste za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite osiguranih osoba.
- Beveridgeov sustav: u Beveridgeovom sustavu naglasak je na ulozi vlade u pružanju zdravstvenih usluga. Država djeluje kao glavni osiguravatelj i izravno financira zdravstvene ustanove i pružatelje usluga.

4. Struktura davatelja usluga:

- Bismarckov sustav: Bismarckov sustav obično uključuje kombinaciju javnih i privatnih pružatelja zdravstvenih usluga. Pojedinci imaju slobodu birati svoje pružatelje zdravstvenih usluga, a među pružateljima postoji natjecanje. U nekim slučajevima pružatelji zdravstvenih usluga mogu djelovati kao neovisni subjekti.
- Beveridgeov sustav: Beveridgeov sustav često se oslanja na pretežno javni zdravstveni sustav. Vlada posjeduje i upravlja zdravstvenim ustanovama i izravno zapošljava zdravstvene radnike. Privatni pružatelji zdravstvenih usluga također mogu postojati, ali igraju komplementarnu ulogu, a ne da budu primarni pružatelji.

5. Kontrola troškova:

- Bismarckov sustav: Bismarckov sustav fokusiran je na kontrolu troškova kroz različite mehanizme, kao što su pregovaranje cijena s pružateljima zdravstvenih usluga, provedba rasporeda naknada i korištenje tehnika upravljanja korištenjem. Osiguravajuća društva i vladina tijela pomno prate troškove kako bi osigurali financijsku održivost.
- Beveridgeov sustav: Beveridgeov sustav ima za cilj kontrolirati troškove putem centraliziranog planiranja i proračuna. Vlada utvrđuje proračune i dodjeljuje sredstva pružateljima zdravstvenih usluga. Imajući izravnu kontrolu nad zdravstvenim sustavom, država može izravnije regulirati troškove.

Važno je napomenuti da različite zemlje mogu usvojiti varijacije ovih sustava ili kombinirati elemente Bismarckovog i Beveridgeovog pristupa. Primarni cilj oba sustava je osigurati

pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi, ali se razlikuju u pogledu mehanizama financiranja, pokrivenosti, uloge osiguranja, strukture pružatelja usluga i strategija kontrole troškova.

4.3. SEMAŠKO MODEL

Godine 1918., nakon ruske revolucije, Sovjetski Savez (SSSR) uveo je svoj nacionalni zdravstveni plan za univerzalnu pokrivenost unutar državnog sustava zdravstvene zaštite. Sovjetski model, koji je dizajnirao i implementirao Nikolaj Semaško, pružao je besplatnu zdravstvenu skrb za sve kao uslugu koju je financirala i organizirala vlada.

Vlada je donijela besplatne zdravstvene usluge stanovništvu, sa sustavom primarne i sekundarne zaštite koji se temelji na načelima univerzalnog i ravnopravnog pristupa skrbi kroz distriktnu organizaciju usluga. Postigla je kontrolu nad epidemijama i endemskim zaraznim bolestima i proširila usluge u najudaljenija područja goleme nerazvijene zemlje. Ovaj je model bio primjenjiv i u zemljama uključenim u SSSR nakon Drugog svjetskog rata do raspada SSSR-a (10).

Model koji je 1917. u bivšem Sovjetskom Savezu razvio Semaško donio je besplatnu zdravstvenu skrb s državnom upravom republičkih i regionalnih vlasti u skladu s nacionalnim normama koje je postavilo Ministarstvo financija. Od 1930-ih zdravstvena skrb postala je dostupna svima s uglavnom nerazvijenom osnovnom infrastrukturom za zdravstvenu skrb, uključujući ljudske resurse.

Semaškovim planom osiguran je univerzalni pristup preventivnoj i kurativnoj skrbi te kontroli zaraznih bolesti u jedinstvenom planu, pri čemu su mnoge republike ranije imale na raspolaganju samo primitivnu skrb, postižući nacionalne standarde usluga i poboljšane zdravstvene pokazatelje. Od 1960-ih događala se "epidemiološka tranzicija" koju je karakterizirao pad smrtnosti od zaraznih bolesti i porast stope smrtnosti od nezaraznih bolesti. Očekivano trajanje života koje se produžilo od 1995. i dalje je daleko ispod razine u mnogim razvijenim zemljama srednjeg dohotka (10).

Tranzicija u zdravstvenim sustavima nakon raspada Sovjetskog Saveza 1991. krenula je različitim putevima za socijalističke zemlje Srednje i Istočne Europe (CEE) u usporedbi sa središnjim zemljama Sovjetskog Saveza, zvanim Zajednicom Neovisnih Država (CIS).

Zemlje srednje i istočne Europe brzo su ukinule svoj sovjetski sustav sanitarno-epidemiološkog sustava (Sanepid) s decentralizacijom uz zadržavanje univerzalne

pokrivenosti središnjim financiranjem, ali uz sudjelovanje lokalnih vlasti u nekim slučajevima. Većina zemalja srednje i istočne Europe i ZND-a uvela je sustave zdravstvenog osiguranja, s više plaćanja iz vlastitog džepa (i formalno i neformalno), i naporima za jačanje primarne zdravstvene zaštite, s obiteljskom medicinom koju pružaju liječnici opće prakse.

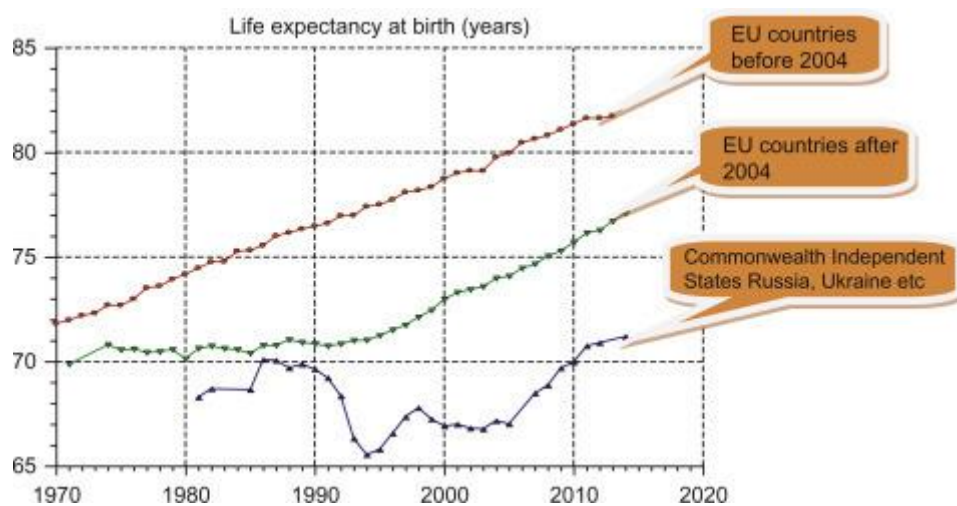
U većini slučajeva središnje vlasti također su zadržale odgovornost za epidemiološki nadzor i praćenje okoliša s nekim prijenosom odgovornosti za zdravlje okoliša na druga ministarstva. Zemlje srednje i istočne Europe i ZND-a zadržale su slične razine izdataka za zdravstvo kao postotak BDP-a između šest i sedam posto tijekom prošlog desetljeća, dok su izvorne zemlje Europske unije (EU) dosegle prosjek od 10 posto BDP-a (11).

Omjer kapaciteta bolničkih kreveta za akutnu njegu ZND-a pao je na šest na 1000 stanovnika u 2014. daleko više nego u zemljama srednje i istočne Europe (spao na 4,6 na 1000), koje su bile više od zapadnih zemalja, iako su sve skupine zemalja opadale.

Važnost ovih razlika leži u činjenici da su ukupna sredstva dodijeljena zdravstvu u sovjetskom sustavu bila relativno niska, dok je raspodjela dopuštala da bolnička skrb potroši oko 70 posto ukupnih rashoda u usporedbi s manje od 50 posto u zapadnim zemljama. Ishod ove raspodjele sredstava bila je slabost u razvoju primarne zaštite, prevencije i skrbi u zajednici u korist pretjerano razvijene ponude bolničkih kreveta (11).

Ruska Federacija usvojila je plan obveznog zdravstvenog osiguranja (MHI) 1993. godine kako bi otvorila dodatna sredstva za zdravstvenu skrb suočena s teškim vladinim ograničenjima financiranja. I dalje je visoko centraliziran sustav i bori se da osigura univerzalni pristup osnovnoj skrbi.

Unatoč tome, stope smrtnosti od uzroka koji se mogu izbjeći, kao što su moždani udar i koronarna bolest srca, smanjile su se u proteklom desetljeću, a očekivani životni vijek skromno je porastao, ali ostaje daleko ispod zapadne, kao i bivših socijalističkih zemalja srednje i istočne Europe. Slika 1. prikazuje razlike u životnom vijeku između tri skupine zemalja sa zemljama istočne Europe (CEE) (zemlje koje su se pridružile Europskoj uniji nakon 2004.) koje se brzo poboljšavaju od 1990-ih (12).



Slika 1. Očekivano trajanje života po rođenju, EU, EU/EEC (zemlje Istočne Europe, zemlje koje su se pridružile EU nakon 2004.) i CIS (engl. Commonwealth Independent States) 1970.-2013.

Izvor: Tulchinsky TH. Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health. 2018:131–79 (12).

5. KINA I SINGAPUR

5.1. KINA

Kina postiže gotovo univerzalnu pokrivenost pružanjem javno financiranog osnovnog zdravstvenog osiguranja. Urbani zaposleni moraju se upisati u program temeljen na zapošljavanju, koji se prvenstveno financira putem poreza poslodavca i zaposlenika na plaće. Ostali stanovnici mogu se dobrovoljno upisati u Osnovno zdravstveno osiguranje stanovnika urbanih i ruralnih područja, koje financira prvenstveno središnja i lokalna vlast kroz individualne subvencije za premije (13).

Lokalne zdravstvene komisije organiziraju javne i privatne zdravstvene organizacije za pružanje usluga. Osnovni planovi zdravstvenog osiguranja pokrivaju primarnu, specijalističku, bolničku i skrb o mentalnom zdravlju, kao i lijekove na recept i tradicionalnu kinesku medicinu. Ne postoji godišnje ograničenje potrošnje iz vlastitog džepa. Dopunsko privatno zdravstveno osiguranje pomaže u pokrivanju nedostataka u podjeli troškova i pokrivenosti.

Kako funkcionira univerzalna zdravstvena pokrivenost? Kina je u velikoj mjeri postigla univerzalno osiguranje u 2011. kroz tri javna programa osiguranja:

- Osnovno medicinsko osiguranje urbanih zaposlenika, obvezno za gradske stanovnike s formalnim poslovima, pokrenuto je 1998. godine.
- Dobrovoljna medicinska shema, Newly Cooperative Medical Scheme, ponuđena je ruralnim stanovnicima 2003. godine.
- Dobrovoljno osnovno zdravstveno osiguranje stanovnika gradova pokrenuto je 2007. kako bi pokrilo stanovnike gradova bez formalnih poslova, uključujući djecu, starije osobe i samozaposlene (14).

Godine 2016. središnja kineska vlada, Državno vijeće, objavila je da će spojiti Newly Cooperative Medical Scheme i osnovno zdravstveno osiguranje stanovnika grada za proširenje skupine rizika i smanjenje administrativnih troškova. Kombinirani program javnog osiguranja sada se zove Urban-Rural Resident Basic Medical Insurance.

Budući da Kina ima veliku populaciju, pokrivenost osiguranjem se postupno povećavala. U 2011. godini oko 95% kineskog stanovništva bilo je pokriveno jednim od tri medicinska osiguranja.

Uloga vlade: središnja kineska vlada ima ukupnu odgovornost za nacionalno zdravstveno zakonodavstvo, politiku i upravu. Vodi se načelom da svaki građanin ima pravo na osnovne zdravstvene usluge. Lokalne vlade — pokrajine, prefekture, gradovi, županije i mjesta — odgovorne su za organiziranje i pružanje ovih usluga (15).

I nacionalne i lokalne zdravstvene agencije i tijela imaju sveobuhvatne odgovornosti za kvalitetu i sigurnost zdravstva, kontrolu troškova, raspored naknada pružatelja usluga, zdravstvenu informacijsku tehnologiju, kliničke smjernice i zdravstvenu pravednost.

U ožujku 2018. Državno vijeće reorganiziralo je strukturu zdravstvene skrbi središnje vlade. Odgovornosti raznih agencije uključuju sljedeće:

- Nacionalna zdravstvena komisija je glavna nacionalna zdravstvena agencija. Povjerenstvo formulira politiku nacionalnog zdravlja; koordinira i unapređuje reformu medicine i zdravstvene zaštite te nadzire i vodi javno zdravstvo, medicinsku skrb, odgovor na hitne zdravstvene situacije i usluge planiranja obitelji. Državna uprava tradicionalne kineske medicina je povezana s agencijom.
- Državna uprava za zdravstveno osiguranje nadzire osnovne programe zdravstvenog osiguranja, medicinsko osiguranje u katastrofama, program osiguranja roditelja, određivanje cijena farmaceutskih proizvoda i zdravstvenih usluga te program financijske pomoći.
- Nacionalni narodni kongres odgovoran je za zdravstveno zakonodavstvo. Međutim, velike zdravstvene politike i reforme mogu pokrenuti Državni savjet i Centralni komitet komunističke partije, a oni se također smatraju zakonom.
- Nacionalno povjerenstvo za razvoj i reformu nadzire planove zdravstvene infrastrukture i konkurenciju među pružateljima zdravstvenih usluga.
- Ministarstvo financija osigurava sredstva za državne subvencije za zdravstvo, doprinose za zdravstveno osiguranje i infrastrukturu zdravstvenog sustava.
- Novoosnovana Državna uprava za regulaciju tržišta uključuje kinesku upravu za lijekove, koja je odgovorna za odobrenja i licence za lijekove.

- Kineskim centrom za kontrolu i prevenciju bolesti, iako nije vladina agencija, upravlja Nacionalna zdravstvena komisija.
- Kineska akademija medicinskih znanosti, pod Nacionalnom komisijom za zdravstvo, nacionalni je centar za istraživanje.

Lokalne vlasti (prefektura, okruga i gradova) mogu imati vlastite komisije, urede ili zdravstvene odjele. Centri za kontrolu i prevenciju bolesti također postoje u lokalnim područjima i njima također upravljaju lokalne komisije, birovi, odnosno zdravstveni odjeli. Na nacionalnoj razini, Kineski centar za kontrolu i prevenciju bolesti pruža samo tehničku podršku lokalnim centrima (16).

5.2. SINGAPUR

Singapur je postigao univerzalnu zdravstvenu pokrivenost kroz mješoviti sustav financiranja. Javni zakonski sustav osiguranja, MediShield Life, pokriva velike račune koji proizlaze iz bolničke skrbi i određenih ambulantnih tretmana. Pacijenti plaćaju premije, franšize, suosiguranje i sve troškove iznad granice zahtijeva. MediShield Life općenito ne pokriva primarnu zdravstvenu zaštitu ili izvanbolničku specijalističku zaštitu i lijekove na recept (17).

MediShield Life nadopunjuju vladine subvencije, kao i obvezni medicinski štedni račun pod nazivom MediSave, koji može pomoći stanovnicima da plate bolničku skrb i odabrane izvanbolničke usluge. Osim toga, pojedinci mogu kupiti dopunsko privatno zdravstveno osiguranje ili ga dobiti preko poslodavca. Nacionalna vlada je u potpunosti odgovorna za zdravstveni sustav.

Sustav financiranja zdravstvene zaštite u Singapuru temelji se na uvjerenju da svi dionici dijele odgovornost za postizanje održivog univerzalnog zdravstvenog osiguranja. Singapur ima okvir za financiranje zdravstvene zaštite s više platitelja, gdje jedna epizoda liječenja može biti pokrivena višestrukim programima i platiteljima koji se često preklapaju. Sustav, poznat kao 3Ms, sastoji se od sljedećih programa:

- MediShield Life, univerzalno osnovno zdravstveno osiguranje, obvezno je za građane i osobe sa stalnim boravkom, pruža doživotnu zaštitu od velikih bolničkih računa i odabranih skupih ambulantnih tretmana. Pokrenut je 2015. godine kako bi zamijenio MediShield, opt-out shemu osiguranja od katastrofalnih bolesti.

- MediSave, nacionalna shema medicinske štednje, pomaže u pokrivanju plaćanja iz vlastitog džepa. Doprinosi osobne plaće i plaće poslodavca (8%–10,5%, ovisno o dobi) na MediSave račune obvezni su za sve zaposlene građane i stalne stanovnike. Ovi računi oslobođeni poreza s kamatama (trenutno 4% do 5%) mogu se koristiti za plaćanje zdravstvenih troškova članova obitelji.
- MediFund je vladina sigurnosna mreža za siromašne Singapurce koji ne mogu pokriti svoje troškove iz vlastitog džepa, čak i uz MediSave (17).

Uloga vlade: Misija Ministarstva zdravstva je promicanje dobrog zdravlja i smanjenje bolesti, osiguravanje pristupa dobroj i pristupačnoj zdravstvenoj skrbi te težiti medicinskoj izvrsnosti. Ministarstvo zdravlja nadležno je za reguliranje javnosti zdravstvenog sustava i zdravstvenog sustava u cjelini. Vlada se oslanja na konkurenciju i tržišne sile kako bi poboljšala uslugu i povećala učinkovitost, ali izravno intervenira kada tržište ne uspije zadržati niske troškove zdravstvene skrbi (18).

Na primjer, Ministarstvo zdravlja provodi planiranje radne snage kako bi odredili broj potrebnih zdravstvenih radnika, koordinira kapacitete za obuku i diktira dostupnost zemljišta za razvoj bolnica i drugih zdravstvenih ustanova. Ministarstvo također osigurava da su dugoročne potrebe stanovništva zadovoljene kroz održiva ulaganja, posebno u preventivnu skrb i skrb u zajednici. Ministarstvo zdravstva centraliziralo je određene funkcije kako bi spriječilo fragmentaciju i potaknulo ekonomiju. Nacionalne organizacije s važnim funkcijama uključuju sljedeće:

- MOH Holdings, holding društvo javnih zdravstvenih ustanova. Također se bavi razvojem infrastrukture i koordinacijom razvoja radne snage i talenata za nacionalni zdravstveni sustav. Podružnice MOH Holdingsa uključuju:
 - Integrirane zdravstvene informacijske usluge, koje integriraju, isporučuju i upravljaju sustavima informacijske tehnologije u svim javnim zdravstvenim ustanovama.
 - Agenciju za integriranu skrb, koja koordinira i olakšava smještaj pojedinaca u zajednicu pružatelja usluga, omogućuje pružatelje usluga zajednice kroz razvoj usluga i izgradnju sposobnosti i upravlja nekima shemama subvencija. Agencija je 2018. također bila zadužena za koordinaciju pružanja usluga skrbi za starije osobe i zdravstvenu i socijalnu sferu.

- Agencija za učinkovitost skrbi, singapurska nacionalna agencija za procjenu zdravstvene tehnologije, koja pruža smjernice o troškovno učinkovitim lijekovima i tretmanima.
- Uprava za zdravstvene znanosti, koja regulira proizvodnju, uvoz, opskrbu, skladištenje, prezentiranje i oglašavanje zdravstvenih proizvoda koji zadovoljavaju odgovarajuće standarde sigurnosti, kvalitete i učinkovitosti.
- Odbor za promicanje zdravlja, odgovoran za promicanje zdravog života u Singapuru. Odbor formulira zdravlje politike, provodi programe promicanja zdravlja i prevencije bolesti (poput onih za zdravlje u školi i na radnom mjestu) i surađuje s industrijskim partnerima za zdravije prehrambene proizvode.
- Odbor središnjeg fonda za osiguranje, koji upravlja programima MediSave i MediShield Life u ime Ministarstvo zdravlja (18).

6. SJEDINJENE AMERIČKE DRŽAVE: JAVNO-PRIVATNI ZDRAVSTVENI SUSTAV

SAD (322 milijuna stanovnika, BDP po stanovniku 56 066 USD u 2015.) ima sustav vlasti koji se temelji na Saveznom ustavu, pri čemu svaka od 50 država ima vlastitu izabranu vladu. Ustav primarnu odgovornost za zdravlje i socijalnu skrb daje državam, dok se izravne savezne usluge pružaju oružanim snagama, veteranima i autohtonim (starosjediocima) Amerikancima. Savezna vlada uspostavila je glavnu vodeću ulogu u nacionalnom zdravstvu razvojem nacionalnih standarda, nacionalnih regulatornih ovlasti, financiranja i informacijskih sustava (19).

Savezna razina ima mnoge vladine strukture za regulaciju hrane, lijekova i okoliša, kao i za istraživanje, javnozdravstvene usluge, programe obuke i sustave zdravstvenog osiguranja za starije i siromašne. SAD ima najskuplji sustav zdravstvene skrbi na svijetu s više od 86 posto pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, ali univerzalni pristup i dalje je nedostižan, a pokazatelji zdravlja stanovništva daleko su ispod mnogih manje bogatih zemalja.

Međutim, SAD je putem pokušaja i pogrešaka dao veliki doprinos sadržaju i organizaciji sustava javnog zdravstva, koji su važni za jačanje zdravstvenih sustava u zemljama srednjeg i niskog dohotka, kao i za utjecaj na zemlje s univerzalnim zdravstvenim sustavima. Jasno je da i SAD mogu učiti od drugih zemalja.

Godine 1798. savezna vlada osnovala je US Marine Hospital Service kako bi osigurala bolnice za bolesne i onesposobljene trgovačke pomorce. To je kasnije postalo uniformirani US Public Health Service Commissioned Corps (USPHS) na čelu s glavnim kirurgom (1873.). Dodane su usluge za Indijance, vojno osoblje i njihove obitelji (kroz Odjel za pitanja veterana), Upravu za hranu i lijekove (FDA), Nacionalne institute za zdravlje (NIH), Centre za kontrolu bolesti (CDC) i mnoge druge savezne programe istraživanja, usluga i nastave. Dodani su drugi odjeli i zakoni za promicanje prehrane i higijene, uspostavljanje državnih, općinskih i županijskih zdravstvenih odjela te reguliranje droga i opasnosti po zdravlje (20).

Godine 1921. Sheppard-Towner Act uspostavio je savezni ured za djecu koji je upravljao bespovratnim sredstvima za pomoć državam u provođenju programa zdravlja majki i djece. Od 1920-ih, radnički sindikati izborili su se za beneficije zdravstvenog osiguranja kroz kolektivne pregovore, što je postalo glavna osnova za plaćanje unaprijed za zdravstvenu skrb

u Sjedinjenim Državama sve do danas. Godine 1927. Odbor za troškove medicinske skrbi preporučio je univerzalni nacionalni zdravstveni program.

Ova inicijativa je odbačena tijekom Velike depresije 1929.-39. Američki zakon o socijalnom osiguranju (SSA) iz 1935. uveo je predsjednik Franklin D. Roosevelt kao dio "New Deal" kako bi ublažio masovnu patnju ljudi tijekom ovog vrlo traumatičnog razdoblja u SAD-u (i Europi). SSA je trebao uključiti nacionalno zdravstveno osiguranje, ali je ovaj dio SSA izostavljen uglavnom zbog snažnog protivljenja industrije osiguranja i organizirane medicinske struke. SSA osigurava financijske beneficije za udovice, siročad i osobe s invaliditetom, kao i mirovine za starije osobe, te je osigurao temelj za buduću reformu, uključujući zdravstveno osiguranje (21).

Izbijanjem Drugog svjetskog rata, značajan postotak podobnih vojnih novaka proglašen je nesposobnim za obveznu službu zbog zdravstvenih problema koji su se mogli spriječiti. To, kao i želja da se održi zdravlje stanovništva, navelo je predsjednika Roosevelta da 1941. pokrene propise za obogaćivanje hrane koja doseže većinu stanovništva, uključujući sol s jodom, brašno sa željezom i kompleksom vitamina B te mlijeko s vitaminom D.

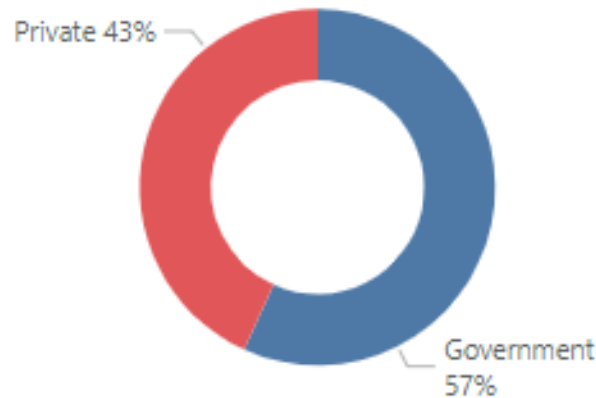
Tijekom Drugog svjetskog rata (1941.–1945.), državno zdravstveno osiguranje osigurano je mnogim milijunima Amerikanaca koji su služili u oružanim snagama, zajedno s njihovim obiteljima. U isto vrijeme, zdravstvene beneficije putem dobrovoljnog osiguranja za radnike znatno su proširene umjesto povećanja plaća i to je postalo glavni način plaćanja unaprijed za zdravstvenu skrb za većinu stanovništva. Na kraju rata, milijuni veterana imali su pravo na zdravstvenu skrb putem Uprave za veterane (VA), koja je uspostavila nacionalnu mrežu saveznih bolnica i usluga primarne zdravstvene zaštite.

Godine 1946. predsjednik Truman pokušao je uvesti nacionalno zdravstveno osiguranje, ali zakon (Wagner-Murray-Dingell Bill) nije uspio u američkom Kongresu. Odobren je jedan odjeljak zakona koji je saveznoj vladi omogućio pokretanje programa za nadogradnju bolničkih objekata u cijeloj zemlji, uz ograničavanje omjera broja kreveta i broja stanovnika, prema Hill-Burtonovu zakonu.

Zakonodavstvo je također osiguralo golema savezna sredstva za novoosnovane Nacionalne institute za zdravlje (NIH) za financiranje i promicanje istraživanja za jačanje javnih i privatnih medicinskih škola, nastavnih bolnica i istraživačkih ustanova. Godine 1946. predsjednik Truman uspostavio je program školskog ručka uz pomoć savezne države preko

Ministarstva poljoprivrede donoseći hranjive obroke brojnoj (milijuni koji su se povećali sa 7 milijuna u 1946. na 30 milijuna u 2016.) školskoj djeci diljem SAD-a (22).

U 1950-ima je savezna vlada također uspostavila Centre for Disease Control and Prevention (CDC) i povećala pomoć državnim i lokalnim javnozdravstvenim aktivnostima te potaknula širenje škola javnog zdravlja diljem zemlje.



Slika 2. Ukupni izdaci po izvoru SAD, 2020.

Izvor: WHO: Global Health Expenditure Database (23).

6.1. US MEDICARE I MEDIAID

Šezdesetih godina prošlog stoljeća veliki postotak starijih i siromašnih Amerikanaca nije imao zdravstveno osiguranje. Godine 1965. predsjednik Lyndon Johnson uveo je Medicare za starije osobe (preko 65 godina), plus osobe s invaliditetom i osobe na bubrežnoj dijalizi kao amandman (Naslov XVII) na Zakon o socijalnom osiguranju (SSA) iz 1935. godine. Medicare pokriva bolničko liječenje, kvalificiranu njegu u domu za starije osobe, medicinske uređaje i druge beneficije uz plaćanje.

Medicaid, Naslov XIX SSA-a, koji je također donio 1965. godine predsjednik Johnson, omogućio je federalno dijeljenje troškova za prihvatljive državne zdravstvene planove za siromašne, uz sudjelovanje lokalnih vlasti. Medicaid se financira putem podijeljenih odgovornosti prvenstveno saveznih, državnih i lokalnih vlasti. Medicaid je zabilježio znatan porast odraslih i djece upisanih kroz proširenje podobnosti, kao što je Državni program dječjeg zdravstvenog osiguranja (SCHIP) koji je proširio Medicaid na veliki broj djece (24).

Medicare i Medicaid zajedno su uveli oko 25 posto Amerikanaca u javne sustave zdravstvenog osiguranja. Ograničenja su uključivala varijabilne definicije siromaštva za podobnost za Medicaid u svakoj državi i participacije za korisnike Medicarea. Populacija upisana u Medicare porasla je s 19 milijuna 1966. na 55,5 milijuna 2015., uključujući osobe s invaliditetom mlađe od 65 godina.

Populacija upisana u Medicaid porasla je s 28,2 milijuna 1991. na 49,3 milijuna 2006. i na 65 milijuna 2017., ili oko jedna od svakih pet osoba u Sjedinjenim Državama. To je doprinijelo povećanju izdataka za zdravstvo u javnom sektoru koji su porasli s ispod 25 posto ukupnih izdataka za zdravstvo 1960. na 47,7 posto 2009., što zabrinjava i kritičare i pristaše programa javne zdravstvene zaštite (24).

6.2. PROMJENJIVO ZDRAVSTVENO OKRUŽENJE U SAD-u

Brzo povećanje zdravstvenih troškova u SAD-u od 1960-ih do 1990-ih pripisivalo se mnogim čimbenicima, uključujući nedostatak nacionalnog mehanizma zdravstvenog osiguranja. Mnoštvo sustava zdravstvenog osiguranja potaknulo je visoke troškove i ograničenja pristupa zbog već postojećih uvjeta. Ostali čimbenici za brzo povećanje troškova uključivali su sve veći broj starije populacije, visoke razine morbiditeta među siromašnom populacijom, širenje AIDS-a, brze inovacije i skupu medicinsku tehnologiju, specijalizaciju, visoke troškove laboratorija i dijagnostičkog snimanja te javna ulaganja velikih razmjera u medicinu, obrazovanje, istraživanje i izgradnju zdravstvenih ustanova (25).

Američki sustav uključuje kombinaciju javnog zdravstvenog osiguranja i programa usluga (Medicare, Medicaid, Administracija veterana, indijanske zdravstvene usluge i vojno zdravstveno osiguranje) koji osiguravaju značajan dio - 36,5 posto u 2014. - stanovništva SAD-a. Međutim, većina je (66%) pokrivena privatnom industrijom osiguranja kroz ugovore između poslodavaca i zaposlenika koji su se brzo razvili kao dominantni sektor zdravstvenog osiguranja uz minimalnu državnu regulaciju.

Troškovi privatnog zdravstvenog osiguranja za poslodavce uključene u ugovore o radu svojih zaposlenika i umirovljenika postali su vrlo visoki. Godine 2008. General Motors je izvijestio na saslušanju u Senatu da je cijena zdravstvenog osiguranja po proizvedenom automobilu dvostruko veća od izravne cijene rada i više od cijene čelika po automobilu. To je utjecalo na konkurentnost u cijenama s, primjerice, Japanom koji ima uspješan univerzalni državni plan zdravstvenog osiguranja s javno-privatnom kombinacijom usluga (25).

Zakon o pristupačnoj zdravstvenoj zaštiti (ACA) koji je uveo predsjednik Barack Obama 2010. doveo je oko 16 milijuna prethodno neosiguranih osoba u javno i privatno osiguranje, pojačao vladine propise kako bi se osiguralo pravedno određivanje cijena i plaćanja te, posebno, ukinulo zlouporabe iz prošlosti "pre- postojeće stanje" isključenja iz osiguranja.

Ostali jednako važni čimbenici bili su visoke razine hospitalizacija koje se mogu spriječiti, institucionalna orijentacija zdravstvenog sustava, visoki administrativni troškovi zbog više privatnih agencija za naplatu u industriji privatnog osiguranja, visoki prihodi, posebno za liječnike specijaliste, i visoki troškovi osiguranja od nesavjesnog liječenja. Pritisak za ograničenje troškova došao je od strane vlade, industrije i industrije privatnog osiguranja (26).

Privatna medicinska praksa, s plaćanjem naknade za uslugu, bila je glavni oblik medicinske skrbi u SAD-u do 1990-ih. Većinom bolnica upravljala je kombinacija neprofitnih agencija, uključujući saveznu, državnu i lokalnu vladu te dobrovoljne i vjerske organizacije, ali sve je veći postotak u privatnom vlasništvu, za profit (sa 7,8% kreveta 1975. na 20,6% 2013.). U nastojanju da se obuzdaju troškovi, raznolikost sustava osiguranja promicala je eksperimentiranje s organizacijskim sustavima. Organizacije za održavanje zdravlja (HMO) i drugi oblici upravljanih sustava skrbi brzo su rasli i postali dominantna metoda organiziranja zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Državama.

Prepaid grupna praksa (PGP) nastala je od privatnih tvrtki koje su sklapale ugovore o pružanju medicinske skrbi, posebno u udaljenim rudarskim kampovima i gradilištima. U 1940-ima, New York City sponzorirao je plan zdravstvenog osiguranja šireg New Yorka kako bi osigurao unaprijed plaćenu medicinsku skrb za stanovnike urbanih obnova i stambenih područja s niskim primanjima. To je kasnije prošireno na organizirane sindikalne skupine poput općinskih službenika i radnika u industriji odjeće.

PGP je postao najpoznatiji u mreži Kaiser Permanente razvijenoj za radnike Henry J. Kaiser Industries, na gradilištima brane Boulder i brane Grand Coulee 1930-ih. Zdravstveni planovi Kaiser Permanente sada pružaju skrb za milijune Amerikanaca u mnogim drugim državama. U početku su se protivili organizirana medicinska struka i industrija privatnog osiguranja, PGP je stekao prihvaćanje pružajući visokokvalitetnu, jeftiniju zdravstvenu skrb. To je postalo privlačno i poslodavcima i sindikatima, a kasnije i vladama koje su tražile načine da ograniče povećanje zdravstvenih troškova (26).

Od 1970-ih, generički pojam Organizacija za održavanje zdravlja (HMO) promicala je savezna vlada u Zakonu o HMO-u predsjednika Richarda Nixona 1973. HMO-i, koji upravljaju vlastitim klinikama i osobljem (tj. modelom osoblja), ili kroz ugovore s medicinskim grupama kao organizacije preferiranih pružatelja usluga (PPO), postali su prihvaćeni, iako su kritizirani, kao dio medicinske skrbi u Sjedinjenim Državama i važna alternativa privatnoj medicini koja se plaća za uslugu. U 2011. godini 70,2 milijuna Amerikanaca bilo je registrirano u HMO planovima ili 22,5 posto ukupne populacije SAD-a.

Posljednjih su godina izrazi Odgovorne organizacije skrbi (ACO), Medicinski dom usmjeren na pacijenta (PCMH) i Sustav upravljanja zdravljem stanovništva (PHMS) ušli u široku upotrebu za označavanje organizacija koje preuzimaju odgovornost za sveobuhvatnu skrb za uključene pacijente, uz plaćanje na temelju na obliku kapitacije, a ne naknade za uslugu (27).

ACO-ovi su prisutni u svih 50 država, Washingtonu, DC i Puerto Ricu, s pokrivenim stanovništvom koje se povećalo s 2,6 milijuna u 2011. na 23,5 milijuna u 2015. ACO dolazi u različitim modelima, no mnogi uključuju bolničku bazu i mogu biti povezani s udrugama neovisne prakse (IPA) i specijalističkim skupinama ili organizacijama bolničkog medicinskog osoblja ili u mreži bolnica povezanih s drugim pružateljima usluga kao organizirani sustav isporuke.

To su neprofitne grupne ordinacije koje vode liječnici koji primaju plaću i podliježu rigoroznoj godišnjoj stručnoj provjeri. Ovaj model bi se mogao prilagoditi na široj razini kako bi se poboljšala kvaliteta i isplativa skrb za poboljšanje zdravlja Amerikanaca.

Godine 1983. za Medicare je usvojen budući sustav plaćanja, nazvan grupe povezane s dijagnozom (DRG), kako bi se potaknulo učinkovitije korištenje bolničke skrbi, s plaćanjem po kategorijama dijagnoza. DRG je sustav klasifikacije za bolničke boravke, koji kategorizira moguće dijagnoze u više od 20 glavnih tjelesnih sustava i dalje ih dijeli u gotovo 500 grupa u svrhu nadoknade Medicare.

Time je zamijenjen dosadašnji sustav plaćanja po broju bolničkih dana, odnosno dnevnica ili obračuna po stavkama, što je poticalo duži boravak u bolnici. DRG-ovi su dali poticaje bolnicama da dijagnosticiraju i liječe pacijente ekspeditivno i učinkovito. Plaćanje za Medicare i Medicaid pacijente prebačeno na ovu metodu stavilo je planove javnog osiguranja u snažniju poziciju za plaćanja bolnicama. U mnogim državama to je postalo standard i za pacijente s privatnim zdravstvenim osiguranjem (28).

Tijekom kasnih 1980-ih uveden je pojam Managed Care, koji se proširio s HMO-a tipa Kaiser Permanente na neprofitne i profitne sustave. To uključuje udruženja neovisne prakse (IPA), koja rade s liječnicima u privatnoj praksi, i organizacije preferiranih pružatelja usluga (PPO), koje pružaju osiguranu njegu od strane liječnika i drugih pružatelja usluga povezanih s planom za upisane članove ili korisnike po dogovorenim cijenama. DRG sustav plaćanja i HMO ili sustavi upravljane skrbi smanjili su iskorištenost bolnica. Dok su ukupni troškovi zdravstvene zaštite u ovom razdoblju porasli, bez smanjenja iskorištenosti bolnica povećanje bi bilo znatno veće.

Godine 1994. predsjednik Clinton pokušao je uvesti zdravstveni plan temeljen na saveznom obveznom općem zdravstvenom osiguranju preko mjesta zaposlenja. Država bi se mogla odlučiti za formiranje vlastitog programa zdravstvenog osiguranja, uključujući i kroz vlastiti odjel za zdravstvo. Liječnici bi mogli sklopiti ugovor s planovima zdravstvenog osiguranja za pružanje njege prema rasporedu s fiksnim naknadama ili u HMO-ima, bilo na temelju grupne ili individualne prakse (28).

Clintonov zdravstveni plan nije uspio u Kongresu uglavnom zbog dobro financirane opozicije industrije osiguranja i organizirane medicinske zajednice. Osim toga, protivljenje je također bilo rašireno među većinom stanovništva koje je već imalo dobre beneficije osiguranja prema svojim planovima zdravstvenog osiguranja temeljenim na zapošljavanju ili Medicare.

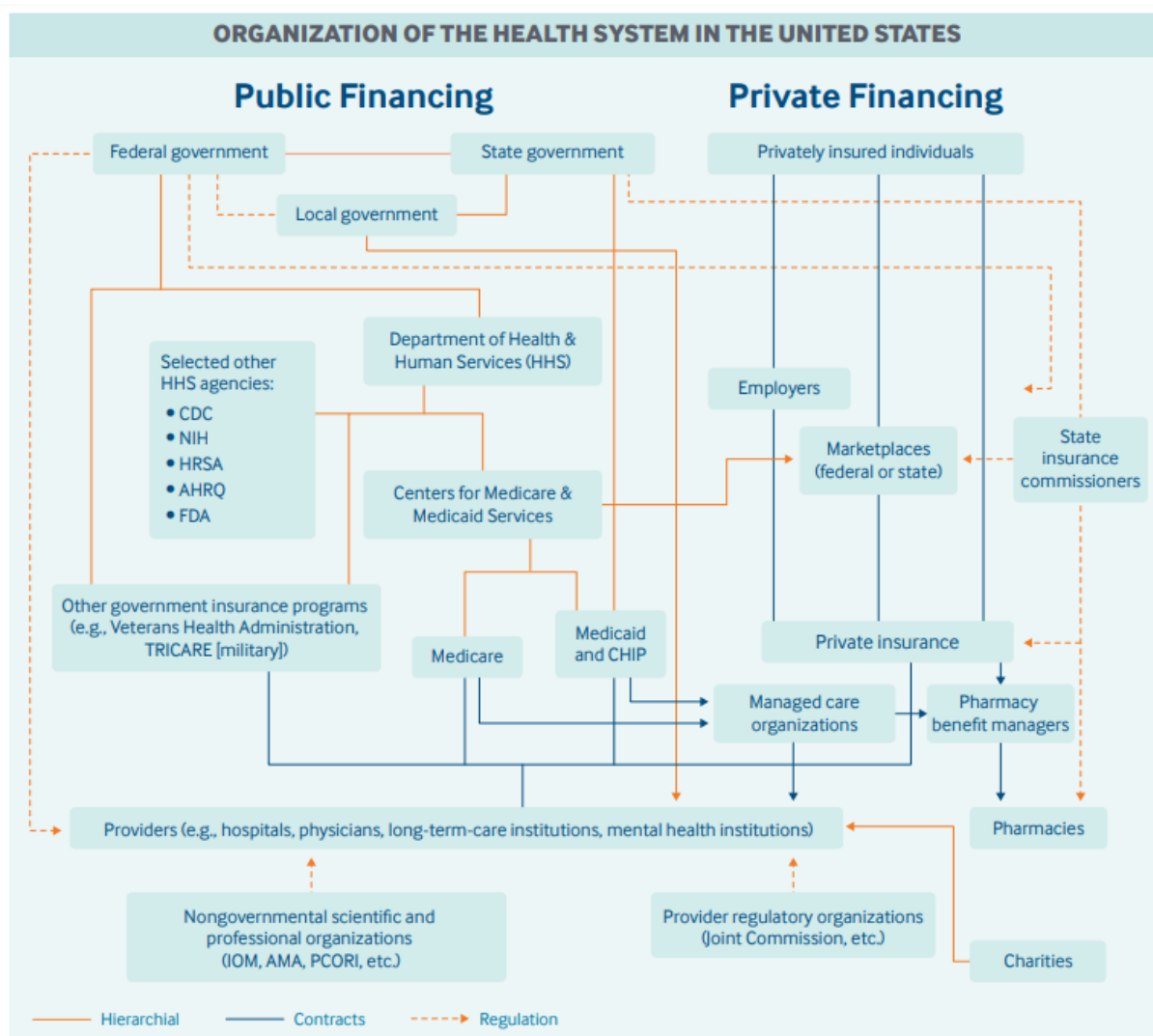
Nakon neuspjeha Clintonovog prijedloga nacionalnog zdravstvenog osiguranja, upravljana skrb doživjela je ogroman rast. Sustavi kontrolirane skrbi uspjeli su smanjiti troškove zdravstvene skrbi na načine na koje američka vlada nije mogla. U SAD-u kao cjelini, uz gotovo 58 milijuna osoba upisanih u HMO, još 91 milijun osoba uključeno je u PPO, s 25 posto korisnika Medicaida i 10 posto korisnika Medicarea u raznim "planovima upravljane skrbi".

Potruga za obuzdavanjem troškova dovela je do razvoja niza važnih inovacija u pružanju zdravstvene zaštite, plaćanju i informacijskim sustavima. HMO-i su pokazali da se dobra skrb može učinkovito provoditi s nižim stopama prijema u bolnicu od skrbi koja se pruža na temelju naknade za uslugu. Sustavi upravljane skrbi doveli su do dubokih promjena u organizaciji zdravstvene skrbi u Sjedinjenim Državama (29).

Godine 2010. predsjednik Barack Obama uspostavio je Zakon o zaštiti pacijenata i pristupačnoj skrbi/Zakon o pomirenju zdravstvene skrbi i obrazovanja iz 2010., nadaleko

poznat kao Priuštivi zakon o skrbi (ACA ili Obamacare) donio je zdravstveno osiguranje milijunima prethodno neosiguranih Amerikanaca kada je stupio na snagu 2014. ACA zahtijeva od većine tvrtki da pokriju svoje radnike i nalaže da svi imaju pokriće ili plate kaznu. ACA također zahtijeva od osiguravajućih društava da prihvate sve pridošlice, bez obzira na postojeće uvjete, te pomaže osobama koje si ne mogu priuštiti osiguranje.

Ovaj zakon pokriva mlade ljude pod planovima zdravstvenog osiguranja njihovih roditelja do dobi od 26 godina, pokrivajući 2,5 milijuna mladih Amerikanaca. Uklonio je druga ograničenja pokrića, dopuštajući onima koji su već dosegili doživotno ograničenje da steknu pravo na pokriće. Affordable Care Act uveo je popuste do čak 50 posto na lijekove za starije osobe (29).



Napomena: CDC = Centers for Disease Control and Prevention; NIH = National Institutes of Health; HRSA = Health Resources and Services Administration; AHRQ = Agency for Healthcare Research and Quality; FDA = Food and Drug Administration; CHIP = Children's Health Insurance Program; IOM = Institute of Medicine; AMA = American Medical Association; PCORI = Patient-Centered Outcomes Research Institute

Slika 3. Organizacija zdravstvenog sustava SAD.

Izvor: Tikkanen R. i sur. International Health Care System Profiles: United States, 2020 (29).

6.3. DRUŠTVENE NEJEDNAKOSTI

Nedostatak univerzalnog pristupa i osnaživanja koje on potencijalno donosi potiče otuđenje ili neuključivanje u ranu zdravstvenu skrb za socijalno ugroženi dio stanovništva. To promiče neprimjereno oslanjanje na hitnu njegu i hospitalizaciju kao odgovor na nedovoljno tretirane zdravstvene potrebe (30).

Uz veliki broj neosiguranih osoba i mnoge druge bez odgovarajućeg zdravstvenog osiguranja, pristup i korištenje preventivne skrbi ispod je razina potrebnih za postizanje socijalne jednakosti u zdravlju u SAD-u. To posebno vrijedi za zdravlje majke i djeteta te za kronične bolesti kao što su dijabetes, hipertenzija, rak i bolesti srca.

Stope smrtnosti dojenčadi u Sjedinjenim Državama uvelike se razlikuju ovisno o rasi i etničkoj pripadnosti. Mjereno stopom smrtnosti dojenčadi, stopa među crnim majkama koje nisu Hispanoamerikanke bila je 2,4 puta viša od stope za bijele majke koje nisu Hispanoamerikanke. Znatno viša stopa smrtnosti dojenčadi postoji među populacijom Portorika i američkih Indijanaca u usporedbi s nacionalnim prosjekom.

CDC izvješćuje da su stope smrtnosti majki porasle u Sjedinjenim Državama između 2000. i 2013. s 14,5 na 17,3 na 100 000 živorođene djece, vjerojatno zbog promjena u prijavljivanju i porasta kroničnih bolesti i gripe tijekom trudnoće, osobito u afroameričkoj populaciji (30).

Godine 2000. Ministarstvo zdravstva i društvenih usluga (DHHS) objavilo je Healthy People 2010 s dva glavna cilja: "povećati kvalitetu i godine zdravog života" i "eliminirati zdravstvene razlike". Ovi ciljevi usmjereni su na 28 specifičnih područja koje je razvilo više od 350 nacionalnih organizacija s članstvom i 250 državnih agencija za zdravlje, mentalno zdravlje, zlouporabu tvari i okoliš.

Mnoge su države usvojile korištenje ovih ciljeva kao vlastitih mjera zdravstvenog statusa i učinka. Služba za javno zdravstvo SAD-a, u suradnji s Nacionalnim centrom za zdravstvenu statistiku, redovito stavlja na raspolaganje širok skup podataka za ažuriranje zdravstvenog stanja i procesnih mjera koje se odnose na ove nacionalne zdravstvene ciljeve.

Postoje razne preventivne zdravstvene inicijative kako bi se pokušale ublažiti razlike u zdravstvu, što je uspješno poboljšalo pokrivenost cijepljenjem dojenčadi u SAD-u kako bi se ispunili nacionalni zdravstveni ciljevi, kao i za vodeće i druge napore usmjerene prema siromašnim skupinama stanovništva. Godine 2002. uveden je program pod nazivom

Inicijativa za rasne i etničke razlike odraslih u imunizaciji kako bi se poboljšala cijepljenja protiv gripe i pneumokoka među manjinama u dobi od 65 godina i više (31).

Program Ministarstva poljoprivrede SAD-a za žene, dojenčad i djecu (WIC) omogućuje milijunima siromašnih Amerikanaca dobru prehrambenu sigurnost. WIC program obuhvaća trudnice, dojilje (do prvog rođendana djeteta), porodilje koje ne doje (do 6 mjeseci nakon rođenja djeteta ili nakon završetka trudnoće) te dojenčad i djecu (do petog rođendana).

WIC opslužuje 53 posto sve novorođenčadi rođene u Sjedinjenim Državama. Pogodnosti uključuju: dodatnu hranjivu hranu, edukaciju o prehrani i savjetovanje u WIC klinikama, preglede i upućivanje na druge zdravstvene i socijalne službe kao što je završetak imunizacije i savjetovanje za posebne potrebe.

Programi školskog ručka široko su rasprostranjeni u okviru federalno potpomognutog programa obroka koji djeluje u više od 100 000 javnih i neprofitnih privatnih škola i ustanova za brigu o djeci, osiguravajući nutritivno uravnotežene, jeftine ili besplatne ručkove za više od 31 milijuna djece svakog školskog dana u 2012. godini. Prehrambena potpora za trudnice i djecu u potrebi ublažava neke od loših učinaka siromaštva u Sjedinjenim Državama, ali nedostatak zdravstvenog osiguranja ozbiljno utječe na te skupine, posebno u kroničnim bolestima, traumama i drugim bolestima siromaštva (31).

Zdravstvene razlike složen su problem koji nadilazi pitanje neosiguranih Amerikanaca. Ilegalni imigranti s niskim primanjima suočavaju se s izazovima u pristupu zdravstvenom osiguranju. Novi imigranti moraju čekati pet godina prije nego što steknu pravo na Medicaid. Struktura medicinskog sustava igra važnu ulogu u sposobnosti pojedinca da dobije medicinsku skrb. To uključuje pogodnost zakazivanja termina, radno vrijeme, vrijeme čekanja i prijevoz. Nedostatak zdravstvene pismenosti također igra ulogu u sposobnosti pojedinca da potraži liječničku pomoć.

Pojedinci koji ne govore tečno engleski imaju komunikacijske nedostatke. Godine 2003. procijenjeno je da se na zdravstvenu skrb u Sjedinjenim Državama troši više od 58 milijardi dolara godišnje kao rezultat niske zdravstvene pismenosti. U određenim dijelovima zemlje medicinske ustanove su rijetke. Manjine su nedovoljno zastupljene u medicinskim profesijama. Crno, latinoameričko i indijansko stanovništvo čini otprilike šest posto liječničke radne snage, iako te populacije predstavljaju više od 26 posto stanovništva u Sjedinjenim Državama (32).

Zdravstvene razlike ostaju važan društveni i politički problem u Sjedinjenim Državama. Ured za zdravlje manjina (OMH) odjeal za zdravstvo i socijalne usluge osnovan je 1986. kako bi se bavio problemima zdravstvenih razlika među rasnim i etničkim manjinama. U Americi postoje značajne zdravstvene razlike u odnosu na regiju stanovanja, pri čemu južne države imaju visoke stope pretilosti, moždanog udara i smrtnosti od koronarne bolesti srca, za koje se smatra da su posljedica uobičajene prehrane bogate masnom i slanom hranom.

Državni zdravstveni odjeli morat će se pozabaviti ovim problemima kako bi smanjili razlike u očekivanom životnom vijeku zbog čimbenika načina života koji su utemeljeni na tradiciji i siromaštvu, kao i nedostatku zdravstvenog osiguranja. Jedan od glavnih ciljeva Healthy People 2020 je uklanjanje razlika u zdravlju (32).

6.4. ZDRAVSTVENE INFORMACIJE

SAD su razvile opsežne informacijske sustave od domaće i međunarodne važnosti. CDC objavljuje MMWR (Tjedno izvješće o morbiditetu i mortalitetu), koje postavlja visoke standarde u izvješćivanju o bolestima i analizi. Nacionalni centar za zdravstvenu statistiku SAD-a (NCHS), Uprava za financiranje zdravstvene skrbi (HCFA), Služba za javno zdravstvo SAD-a (USPHS), Uprava za hranu i lijekove (USFDA), Nacionalni instituti za zdravlje (NIH) i mnoge nevladine organizacije organizacije (NVO) provode aktivnosti prikupljanja podataka, objavljivanja i istraživanja zdravstvenih usluga važnih za praćenje zdravstvenog stanja (33).

O nacionalnom nadzoru prehrane i drugim sustavima praćenja zdravstvenog stanja izvještava se u stručnoj literaturi i u publikacijama CDC-a. Nacionalno praćenje informacija o otpustu iz bolnice olakšava razumijevanje obrazaca korištenja i morbiditeta. Ti informacijski sustavi ključni su za epidemiološki nadzor i upravljanje zdravstvenim sustavom. Izvješća američkih kirurga imaju važan utjecaj na zdravstvene sustave ne samo u Sjedinjenim Državama, već i na međunarodnoj razini.

CDC je 2005. osnovao Nacionalni centar za javnozdravstvenu informatiku (NCPHI) kako bi osigurao vodstvo i koordinaciju zajedničkih sustava i usluga, izgradio i podržao nacionalnu mrežu integriranih, standardiziranih i interoperabilnih javnozdravstvenih informacijskih sustava. Ovo je namijenjeno jačanju sposobnosti praćenja, otkrivanja, registriranja, potvrđivanja, izvješćivanja i analize podataka, kao i pružanja povratnih informacija i upozorenja o važnim zdravstvenim događajima. To će omogućiti partnerima da komuniciraju dokaze koji podržavaju odluke koje utječu na zdravlje. Elektronički medicinski i osobni

zdravstveni kartoni sada su u širokoj uporabi. Oni štite privatnost i povjerljivost pacijenata i služe legitimnim kliničkim i javnozdravstvenim potrebama.

Medijska pokrivenost tema vezanih uz zdravlje je opsežna i važna je za promicanje zdravstvene svijesti u javnosti. Međutim, sama količina informacija može otežati razlučivanje koje su informacije najrelevantnije, a zbog dezinformacija na internetskim stranicama također može stvoriti protivljenje javnozdravstvenim inicijativama kao što je odbijanje cijepljenja djece. Javne razine znanja o zdravlju stalno rastu, ali uvelike variraju ovisno o društvenoj klasi i razini obrazovanja (34).

6.5. ZDRAVSTVENI CILJEVI SAD-a

Godine 1979., izvješće Surgeon General's SAD-a Healthy People postavilo je niz nacionalnih zdravstvenih ciljeva za širok raspon pitanja javnog zdravlja. Programom je definirano 226 ciljeva u 15 programskih područja unutar tri kategorije prevencije, zaštite i promicanja. Ovi su ciljevi formulirani na temelju istraživanja i konzultacija stručnjaka iz različitih područja koji su sudjelovali na konferenciji Američke službe za javno zdravstvo (35).

Konsenzus se temelji na stajalištima, studijama i konferencijama koje uključuju nacionalne vladine zdravstvene agencije, Medicinski institut Nacionalne akademije znanosti i profesionalne organizacije kao što su Američka akademija pedijatarata (AAP), Radna skupina za preventivne zdravstvene usluge SAD-a i Američkog koledža za porodništvo i ginekologiju (ACOG). Mnogi privatni pojedinci i organizacije pridonose ovim naporima, uključujući državne i lokalne zdravstvene agencije, predstavnike potrošačkih i pružateljskih skupina, akademske centre i dobrovoljna zdravstvena udruženja.

Ti se ciljevi povremeno procjenjuju kao pokazatelji uspješnosti američkog zdravstvenog sustava i zatim ažuriraju. Napredak ostvaren tijekom 1980-ih uključivao je značajno smanjenje stope smrtnosti za tri vodeća uzroka smrti: bolesti srca, moždani udar i nenamjerne ozljede. Smanjila se smrtnost dojenčadi, kao i učestalost zaraznih bolesti koje se mogu spriječiti cijepljenjem.

Najnovija iteracija, Healthy People 2020., identificira nacionalne zdravstvene prioritete. Nastoji povećati javnu svijest i razumijevanje odrednica zdravlja, bolesti, invaliditeta i mogućnosti za napredak. Definira mjerljive ciljeve i ciljeve za savezne, državne i lokalne vlasti u područjima promicanja zdravlja, zdravstvene zaštite, preventivnih usluga, nadzora i sustava podataka te dobnih i posebnih populacijskih skupina (35).

Konačni pregledi Healthy People 2000 pokazali su značajno smanjenje smrtnosti od koronarne bolesti srca i raka. Healthy People 2020. obnavlja ove napore da se uspostave nacionalni ciljevi koje usvajaju vlade na državnoj razini i snažno utječu na politiku u sustavima zdravstvenog osiguranja.

SAD je uspio postići mnoge ciljeve postavljene izvješćem Surgeon General's Healthy People iz 1979. godine. U isto vrijeme, prosječni godišnji porast rashoda za zdravstvenu skrb u Sjedinjenim Državama znatno je usporio od razdoblja 1986. do 1990. s prosječnim godišnjim porastom od 10,7 posto, padajući na ispod 7 posto godišnje između 1995. i 2005 (36).

To je djelomično zbog nižeg opće stope inflacije (<3%), ali i mjera za ograničavanje troškova koje su usvojili državni programi osiguranja (Medicare i Medicaid), industrija zdravstvenog osiguranja, rast upravljane skrbi i racionalizacija bolničkog sektora smanjenjem i promicanjem nižih troškova alternativnih oblika skrbi.

Nacionalno zdravstveno osiguranje odgođeno je zbog odbijanja Clintonovog zdravstvenog plana u Kongresu. Zakon o pristupačnoj skrbi (ACA) predsjednika Baracka Obame iz 2010. omogućio je milijunima prethodno neosiguranih Amerikanaca zdravstveno osiguranje u okviru bolje reguliranog privatnog osiguranja ili u državnim planovima Medicaida, ali 2017. suočava se s naporima administracije predsjednika Trumpa i republikanskog Kongresa da ga "poništi i zamijeni" (36).

Postoji niz mogućnosti za proširenje pokrića zdravstvenog osiguranja: inicijative državnog zdravstvenog osiguranja s federalnim izuzećima i dijeljenjem troškova; federalni univerzalni plan pokrivenosti jednog platitelja koji se temelji na federalnom modelu Medicare ili modelu savezne države Medicaida.

6.5. SAŽETAK AMERIČKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Američki zdravstveni sustav često se naziva skupim i neučinkovitim nesustavom. Postoje mnogi dionici i pružatelji usluga, visoki troškovi i lošiji zdravstveni rezultati stanovništva od onih postignutih u drugim industrijaliziranim zemljama kao što su Britanija, Njemačka i Kanada. Zdravstveni sustav je rasprostranjen s visokim razinama pokrivenosti za različite planove osiguranja kroz osiguranje temeljeno na zapošljavanju zajedno s javno financiranim i upravljanim zdravstvenim osiguranjem (npr. Medicare, Medicaid, ACA) (37).

Nejednakosti su značajan zdravstveni izazov u SAD-u, zajedno s neosiguranim osobama, siromaštvom, starenjem stanovništva, rastućom razinom pretilosti i dijabetesa. Načelo univerzalnog pristupa kroz javno osiguranje za sve još uvijek je vrlo politizirano pitanje u Sjedinjenim Državama, iako se čini da javno prihvaćanje postupno raste.

SAD ima reputaciju dobre do izvanredne kvalitete medicinske skrbi, ali za one bez osiguranja usluge su ograničene samo na bolničku hitnu skrb. Važne etničke, socijalne i regionalne nejednakosti u zdravstvenom statusu i dalje su prisutne, ali ne nužno veće nego u zemljama s planovima univerzalnog pristupa zdravstvenoj skrbi, poput NHS-a Ujedinjenog Kraljevstva.

Nadalje, postoje mnogi paralelni programi u Sjedinjenim Državama koji imaju važan pozitivan javnozdravstveni sadržaj, kao što su univerzalni školski programi ručka, potpora prehrani za siromašne žene, dojenčad i djecu (program WIC); bonovi za hranu za siromašne zaposlene; obogaćivanje osnovnih namirnica, besplatna skrb za neosigurane u odjelima hitne pomoći, Medicare za starije osobe, Medicaid za siromašne i ACA osiguranje za gotovo siromašne.

Unatoč brzom povećanju izdataka za zdravstvenu skrb tijekom 1970-ih i 1980-ih, unatoč poboljšanim aktivnostima promicanja zdravlja i brzom razvoju medicinske tehnologije, zdravstveni status američkog stanovništva poboljšao se sporije od onoga u drugim zapadnim zemljama, a univerzalna pokrivenost nije postignuta (38).

Mjere uspješnosti u SAD-u niže su od mnogih zemalja sa srednjim i visokim prihodima s mnogo nižim izdacima za zdravlje po glavi stanovnika, uključujući mjere kao što su stope smrtnosti dojenčadi i očekivani životni vijek. Smrtnost dojenčadi u SAD-u ostaje visoka u usporedbi sa zemljama OECD-a i nalazi se na 34. mjestu među svim zemljama u 2012. (procjena).

Čak je i stopa smrtnosti dojenčadi bijelog stanovništva Sjedinjenih Država bila viša nego u 16 zemalja koje su trošile mnogo manje po osobi i manji postotak BNP-a po glavi stanovnika na zdravstvenu skrb. Očekivano trajanje života pri rođenju u Sjedinjenim Državama 2014. bilo je ispod onoga u 24 zemlje, odmah iza Kostarike, Portugala i Slovenije. Godine 2014. očekivani životni vijek pri rođenju u SAD-u bio je 78,8 godina, znatno ispod prosjeka OECD-a od 81,6 godina.

Društvene nejednakosti u ovim pokazateljima daljnjeg zdravstvenog statusa dokaz su neuspjeha zdravstvenog sustava Sjedinjenih Država da dosegne svoj puni potencijal, unatoč

tome što je najskuplji sustav na svijetu i njegova visoka kvaliteta za one koji imaju pristup (Commonwealth Fund, 2008.).

Pojava ACA (Obamacare) uvedena 2010. godine donijela je zdravstveno osiguranje milijunima Amerikanaca, ali je osporavana kao neprihvatljiva. SAD-u još uvijek nedostaje univerzalni zdravstveni plan za jednog platitelja kanadske ili europske tradicije, ali ACA je veliki korak naprijed u Americi gdje su zaposleni siromašni u velikoj mjeri isključeni iz pristupa zdravstvenoj skrbi, osim u hitnim slučajevima. Borba za univerzalni pristup i obuzdavanje troškova još uvijek su veliki politički i društveni izazovi za Sjedinjene Države (38).

7. ZAKLJUČAK

Teško je generalizirati zdravstveni sustav Sjedinjenih Država i, u skladu s tim, teško je izvući sveukupne zaključke o njegovoj izvedbi. U nekim aspektima nedvojbeno je među najboljima na svijetu, ali u drugim postoje značajni nedostaci.

Jedan čimbenik koji izdvaja Sjedinjene Države od svojih kolega je ograničeniji angažman vlade. Povijesno gledano, postoji averzija prema centralnom planiranju, nedostatak kontrole nad diseminacijom medicinske tehnologije, nevoljkost da se iskoristi potencijalna pregovaračka moć koja se pruža putem velikih državnih osiguravatelja, nedostatak centraliziranih cijena i budućeg proračuna i, što je najvažnije, nepostojanje zajamčenog osiguranja.

Između ljevice i desnice postoji opće slaganje da su reforme neophodne za kontrolu potrošnje. Manje je slaganja oko toga postoji li problem kvalitete, a nema puno slaganja ni o potrebi pružanja pokrivenosti za neosigurane. Unatoč tim nesuglasticama i zbog usvajanja Zakona o pristupačnoj skrbi iz 2010. godine, Sjedinjene Države suočavaju se s razdobljem ogromnih potencijalnih promjena.

ACA se bavi velikim izazovima kao što su geografske varijacije u korištenju usluga i pristranost prema subspecijalizaciji, a ne prema uslugama primarne zdravstvene zaštite, ali uglavnom kroz male programe i pilot studije. Vrsta promjena koje su potrebne u pružanju zdravstvene skrbi vjerojatno neće proizaći iz zakona. Radije, potrebno ih je inovirati i podržati i javni i privatni sektor dok se svaki bori s troškovima, kvalitetom i problemima pristupa s kojima se suočava. Oni također ovise o promjeni ponašanja pojedinaca i pružatelja usluga.

Amerikanci se suočavaju s još temeljnijim izazovom: nedostatkom učinkovitog dijaloga, a još manje konsenzusa, o tome kako unaprijediti njihov sustav zdravstvene skrbi. Između Demokratske i Republikanske stranke postoji vrlo malo slaganja o rješenjima problema i, uz nekoliko iznimaka, ne radi se na putu ka zajedničkim rješenjima. Takva klima ima za posljednicu zastoj, usporavanje sposobnosti zemlje da dodatno inovira i poboljša sustav.

Rješavanje najzahtjevnijih pitanja financiranja, isporuke i politike zdravstvene skrbi ovisi koliko o pronalaženju zajedničkog jezika toliko i o medicinskim, društvenim, bihevioralnim i organizacijskim znanostima.

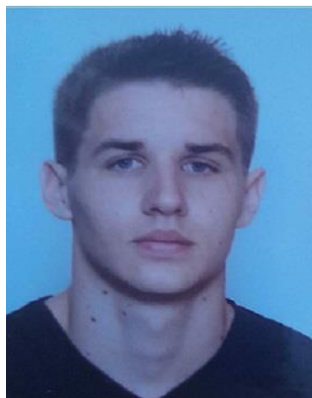
8. LITERATURA

1. Jakešević I. FINANCIRANJE ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ : Završni rad [Završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet; 2021 [pristupljeno 23.08.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:124:984814>.
2. Mikić E. Usporedba zdravstvenog sustava Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država i Kube [Završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet; 2015 [pristupljeno 18.08.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:148:249158>.
3. Matcha, D. A. Health Care Systems of the Developed World: How the United States' System Remains an Outlier. Westport: Praeger 2003.
4. Delnoij DM. Bismarck or Beveridge: primary care matters. Eur J Public Health. 2013 Jun;23(3):349.
5. Razum O, Vázquez ML. Strengthening public health in Germany: overcoming the Nazi legacy and Bismarck's aftermaths. Int J Public Health. 2017 Dec;62(9):959-960.
6. Deppe HU, Oreskovic S. Back to Europe: back to Bismarck? Int J Health Serv. 1996;26(4):777-802.
7. Musgrove P. Health insurance: the influence of the Beveridge Report. Bull World Health Organ. 2000;78(6):845-6.
8. The Lancet Oncology. The NHS: failing to deliver on Beveridge's promise? Lancet Oncol. 2018 Jan;19(1):1.
9. Lameire N, Joffe P, Wiedemann M. Healthcare systems--an international review: an overview. Nephrol Dial Transplant. 1999;14 Suppl 6:3-9.
10. Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. Risk Manag Healthc Policy. 2018 Nov 2;11:209-220.
11. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. Interview by Fiona Fleck. Bull World Health Organ. 2013 May 1;91(5):320-1.
12. Tulchinsky TH. Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health. 2018:131-79.
13. Yip W, Fu H, Chen AT, Zhai T, Jian W, Xu R, Pan J, Hu M, Zhou Z, Chen Q, Mao W, Sun Q, Chen W. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. Lancet. 2019 Sep 28;394(10204):1192-1204.
14. Zhang P, Liang Y. China's National Health Guiding Principles: a perspective worthy of healthcare reform. Prim Health Care Res Dev. 2018 Jan;19(1):99-104.

15. Papagianni M, Tziomalos K. Healthcare reform in China: challenges and opportunities. *Curr Med Res Opin.* 2018 May;34(5):821-823.
16. Tao W, Zeng Z, Dang H, Lu B, Chuong L, Yue D, Wen J, Zhao R, Li W, Kominski GF. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China. *BMJ Glob Health.* 2020 Mar 19;5(3):e002086.
17. Tan CC, Lam CSP, Matchar DB, Zee YK, Wong JEL. Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts. *Lancet.* 2021 Sep 18;398(10305):1091-1104.
18. Wong E, Bertin N, Hebrard M. et al. The Singapore National Precision Medicine Strategy. *Nat Genet.* 2023 Feb;55(2):178-186.
19. Public Policy Committee of the American College of Physicians; Ginsburg JA, Doherty RB, Ralston JF Jr, Senkeeto N, Cooke M, Cutler C, Fleming DA, Freeman BP, Gluckman RA, Liebow M, McLean RM, Musana KA, Nichols PM, Purtle MW, Reynolds PP, Weaver KM, Dale DC, Levine JS, Stubbs JW. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries. *Ann Intern Med.* 2008 Jan 1;148(1):55-75.
20. Anderson GF, Hussey PS, Frogner BK, Waters HR. Health spending in the United States and the rest of the industrialized world. *Health Aff (Millwood).* 2005 Jul-Aug;24(4):903-14.
21. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA.* 2006 May 3;295(17):2037-45.
22. Blumenthal D, Abrams M, Nuzum R. The Affordable Care Act at 5 Years. *N Engl J Med.* 2015 Jun 18;372(25):2451-8.
23. WHO: Global Health Expenditure Database [Internet]. Dostupno na: <https://www.who.int/>
24. Brown LD. Comparing health systems in four countries: lessons for the United States. *Am J Public Health.* 2003 Jan;93(1):52-6.
25. DeWitt L. The development of social security in America. *Soc Secur Bull.* 2010;70(3):1-26.
26. Evans TG, Kieny MP. Systems science for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2017 Jul 1;95(7):484.
27. Feachem RG. Health systems: more evidence, more debate. *Bull World Health Organ.* 2000;78(6):715.

28. Gornick ME, Eggers PW, Reilly TW, Mentnech RM, Fitterman LK, Kucken LE, Vladeck BC. Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med.* 1996 Sep 12;335(11):791-9.
29. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International Profiles of Health Care Systems 2020. Dostupno na:
https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.
30. Guyatt GH, Devereaux P, Lexchin J, Stone SB, Yalnizyan A, Himmelstein D, Woolhandler S, Zhou Q, Goldsmith LJ, Cook DJ, Haines T, Lacchetti C, Lavis JN, Sullivan T, Mills E, Kraus S, Bhatnagar N. A systematic review of studies comparing health outcomes in Canada and the United States. *Open Med.* 2007 Apr 14;1(1):e27-36.
31. Morrissey S, Blumenthal D, Osborn R, Curfman G.D, Malina D. International health care systems. *N Engl J Med.* 2015;372(1):75–76.
32. Teutsh S, Rechel B. Ethics of resource allocation and rationing Medical care in a time of fiscal Restraint-US and Europe. *Public Health Rev.* 2012;34:15.
33. Orentlicher D. Rights to healthcare in the United States: inherently unstable. *Am J Law Med.* 2012;38(2-3):326-47.
34. Gibbons KH. Access to health insurance: State Children's Health Insurance Program. Issue brief. *Issue Brief Health Policy Track Serv.* 2012 Dec 31:1-36.
35. Shaw FE, Asomugha CN, Conway PH, Rein AS. The Patient Protection and Affordable Care Act: opportunities for prevention and public health. *Lancet.* 2014 Jul 5;384(9937):75-82.
36. Watnick S, Weiner DE, Shaffer R, Inrig J, Moe S, Mehrotra R; Dialysis Advisory Group of the American Society of Nephrology. Comparing mandated health care reforms: the Affordable Care Act, accountable care organizations, and the Medicare ESRD program. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012 Sep;7(9):1535-43.
37. Ahn SH. The Affordable Care Act and Insurer Business Practices. *AMA J Ethics.* 2015 Aug 1;17(8):754-9.
38. Pauly MV. Lessons to improve the efficiency and equity of health reform. *Hastings Cent Rep.* 2012 Sep-Oct;42(5):21-4.

ŽIVOTOPIS



Stipe Neveščanin

Prvostupnik radiološke tehnologije

✉ stipefdw@gmail.com

☎ +385921775282

📍 Slavinj 11, 21310 Omiš

O meni

Prvostupnik radiološke tehnologije. Ambiciozna sam i odgovorna osoba s konstantnom željom za usavršavanjem i napretkom.

Računalne vještine

| | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|
| Word | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ |
| Excel | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ |
| PowerPoint | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ |
| Photoshop | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ |

Radno iskustvo

| | |
|-------------------|--|
| 02.23 – | Poliklinika Kalajžić Affidea |
| 11.-18. – 11.-19. | Klinički bolnički centar Zagreb |
| Zagreb | Pripravnik radiološke tehnologije |
| 06.-17. – 09.-18. | Active Holidays |
| 06.-20. – 04.-22 | Suorganizator i voditelj turističkih izleta |
| Omiš | - Suorganizator jednotjednih i dvotjednih paket aranžmana adrenalinskog turizma. |
| 06.-14. – 09.-16. | Rafting Pinta |
| Omiš | Rafting vodič |
| | - Rafting skiper |

Strani jezici

Engleski

| | |
|----------------------|----|
| Razumijevanje | C1 |
| Govor | C1 |
| Pisanje | B2 |

Obrazovanje

2019. –

Diplomski studij radiološke tehnologije

Split

Sveučilište u Splitu, OZS

Trenutno student 6. godine izvanredno.

2014. – 2017.

Prvostupnik radiološke tehnologije

Zagreb

Zdravstveno veleučilište Zagreb

Završni rad: Primjena termalne kamere u
medicini

Prosjek ocjena: 4.00