

## СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

- Политики за социјално осигурување и социјални програми
- Историски корени на социјалното осигурување
- Медикеар (Medicare) и Медикејд (Medicaid) во САД
- Ефектите од Медикеар и Медикејд
- Национално здравствено осигурување
- Заклучоци

Низ целата оваа книга ја нагласувавме улогата што пазарите можат да ја одиграат во пружањето здравствена заштита. Исто така, како стандард според кој ќе ги проценуваме трошоците и добивките (користа) од политиките ја зедовме економската ефикасност, која, теоретски гледано, ја обезбедуваат совршено конкурентни пазари. Во ова поглавје се осврнуваме на проблемите што произлегуваат тогаш кога едно општество сака да обезбеди здравствена заштита на тој начин што нуди здравствено осигурување на јавен трошок. Таквите програми за осигурување што се обезбедуваат преку даноци или регулативи се нарекуваат програми за социјално осигурување. Откако во претходното поглавје ги образложивме причините за социјално осигурување во секторот на здравствената заштита, сега ќе направиме детален преглед на ваквиот вид осигурување. Ќе започнеме со осврт на историјата на социјалното здравствено осигурување во светот, а подетално ќе се задржиме на Соединетите Американски Држави (САД). Во ова поглавје ќе го анализираме и неуспехот на Клинтониовиот план за здравството во 1994 година. Потоа, зборуваме и за Медикејд и Медикеар и за ефектите од нив, а завршуваме со анализа на перспективите и проблемите на националното здравствено осигурување во САД.

### ПОЛИТИКИ ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ И СОЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ

Започнуваме со анализа на типовите и карактеристиките на програмите за социјално осигурување во здравствениот сектор, како и во други контексти. За програмите за социјално осигурување може да се дискутира во рамките на пет категории. Не исклучувајќи се взаемно едни со други, овие категории укажуваат на карактеристични (само ним својствени) аспекти на различните програми. Следниве пет типа програми постојат во САД, но и во други земји.

#### Типови на програми

##### 1. Сиромаштија

Граѓанинот не поседува куповна моќ за да ги купи количините на добра за кои се смета дека ги задоволуваат минималните стандарди за пристоен живот. Програмите насочени кон лицата кои се сиромашни

опфаќаат или давање парична помош во готово или, почесто, субвенционирано обезбедување на добра „во натура“, како на пример ваучери за изнајмување станови под кирија или бонови за храна.

## 2. Старост

Граѓанинот полни одреден број години, што најчесто се совпаѓа со неговото пензионирање од активна служба. Програмите насочени кон старите лица опфаќаат она што се нарекува одржување на доходот (income maintenance) - таква е на пример програмата за социјалната заштита - како и услуги и помош (на пример домови за стари лица, „оброци на тркала“<sup>1</sup>) што помагаат да се надмине проблемот со намалената подвижност на старите лица.

## 3. Хендикепираност

Граѓанинот е или привремено или трајно неспособен за работа поради болест или повреда на работното место. Овие програми најчесто обезбедуваат парична помош. Програмите за хендикепирани се појавија меѓу првите програми за социјално осигурување.

## 4. Здравје

Програмите покриваат финансирање на нега на болни или здравствена заштита за здрави лица, како и услуги за различни сегменти од населението. Во САД, најголем дел од програмите се насочени кон старите и/или сиромашните. Здравствената заштита на граѓанинот се финансира целосно или делумно од страна на владата. Во други земји, владите се подиректно инволвирани во финансирањето и пружањето здравствени услуги за поголеми сегменти од населението (или за целото население).

## 5. Невработеност

Граѓанинот прима помош поради привремено губење на работата предизвикано од економски фактори. Програмите најчесто обезбедуваат краткорочна парична помош. Во голем број земји, подолгорочната невработеност може да доведе до социјални програми за борба против сиромаштијата.

Неколку други дефиниции може да бидат корисни во контекстот на програмите за социјално осигурување. Одредени програми, преку кои се обезбедуваат *права* (entitlements), се нудат за сите оние кои се подобни, односно ги исполнуваат условите. Купоните за храна, на пример, им стојат на располагање на сите домаќинства чијшто приход е под

---

<sup>1</sup> Храна што им се носи на стари и изнемоштени лица во нивните домови од страна на хуманитарни организации.

одредени граници.<sup>2</sup> Медикејд (Medicaid), или финансирана здравствена заштита за сиромашните (за која детално можете да прочитате понатаму во документот), претставува исто така програма на права (entitlement program). За разлика од оваа програма, програмите за домување во САД не се програми на права (entitlements). Програмите за домување нудат ограничен број на субвенционирани единици (на страната на понудата) или ваучери (на страната на побарувачката).

Голем број програми се зависни од големината на средствата за егзистенција што се поседуваат (means-tested programs), односно станува збор за програми што им се достапни само на поединци или домаќинства кои исполнуваат одредени критериуми во врска со доходот. Домаќинствата кои примаат помош за проблеми поврзани со сиромаштија може да изгубат дел или целата помош доколку нивниот доход надмине одредени нивоа. Ваквото тестирање на средствата за егзистенција не е ограничено само на програмите за борба против сиромаштијата. Во САД, социјалната заштита за старите лица порано не се оданочуваше. Постоенето на и онака добротоечки поединци кои добиваа згора на тоа и приходи од владата доведе до делумно оданочување на доходот на име социјална заштита за лицата над одредени гранични вредности на доход. Оваа промена исто така служи за создавање на приходи за државата.

На крајот ќе кажеме дека помошта може да биде во различни форми. Често, таа има форма на купување одредени добра, како на пример храна или домување. Со оваа постапка се постигнува луѓето да ја користат помошта за да купуваат добра што законодавците ја сметаат за важна. Во одредени околности, обезбедувањето парична помош може да биде поефикасно отколку обезбедувањето помош во натура. Економистите долго време сметаа дека е поефтино, а со тоа и поефикасно, да се обезбеди парична помош. Генерално, програмите за обезбедување парична помош прават примателот на помошта да си изгледа подобротоечки во сопствените очи: Што повеќе би сакале, 100 долари во готово или лекарска нега во вредност од 100 долари? Законодавците и електоратот, од друга страна, често претпочитаат помошта да се дава во натура наместо во готово за да го контролираат трошењето од страна на оние кои ја примаат помошта.

### **Карактеристики на програмите**

Програмите за социјално здравствено осигурување, како во САД така и во други земји, се одликуваат со следниве заеднички особини:

1. Придонеси, во што спаѓаат даноци, франшизи и ко-осигурување.
2. Услуги. Има различни аспекти околу услугите, како на пример колку услуги, кој сè е вклучен и какви типови на лекување се вклучени.

---

<sup>2</sup> Одредувањето на овие граници може да зависи од доходот, големината на семејството и географската локација. Одредувањето често знае да биде поврзано и со политички фактори.

3. Времетраење на опфатот.

4. Начини на надоместување на трошоците на давателите на услуги.

5. Методи за одредување на нивоата на плаќање на давателите на услуги.

Првите три точки се суштински поврзани со добивањето здравствена нега. Последните две се поврзани како со пружањето нега, така и со политичките проблеми инволвирани во воспоставувањето планови за социјално осигурување.

И покрај тоа што се поддржани од владата, повеќето планови за социјално осигурување не се бесплатни за примателите. Голем број од нив се финансирани од наплатата на даноци, а примателите на нега се најчесто и даночни обврзници. Во одредени случаи, даноците за кои станува збор можат да бидат и регресивни. Регресивен данок е данок каде луѓето со пониски примања плаќаат процентуално повеќе од побогатите луѓе (т.е. посиромашните плаќаат повисок процент од своите примања за данокот одошто побогатите). Спротивно на ова е прогресивниот данок, каде лицата со пониски примања плаќаат помал дел од нивниот приход за данокот одошто богатите.

Даноците со кои се финансира програмата за социјална заштита се донекаде регресивни. Во најголем дел од времетраењето на програмата, данокот претставува постојан процент од платата, до одредена горна граница кога маргиналната даночна стапка станува нула. Тоа значи дека, во просек, луѓето кои припаѓаат на групите со поголеми приходи плаќаат помал процент од нивниот приход за даноците на плата (даноци по платен список). На овој начин, данокот е регресивен.<sup>3</sup>

За да се увиди дали една програма за социјално осигурување е редистрибутивна од нето аспект, односно дали таа предизвикува трансфер на пари од богатите кон сиромашните, мора да се анализираат не само уплатените даноци туку и добиените услуги. На пример, податоците за Програмата за социјална заштита во САД покажуваат дека социјалната заштита е редистрибутивна, односно дека посиромашните луѓе во дадена возрасна група имаат поголема нето добивка одошто богатите.

Освен плаќањето даноци, подобните приматели на помош мора често да плаќаат и франшизи или ко-осигурување. Исто така, предвид мора да се земе и времето потрошено за прибавување на потребната документација или времето поминато во чекање за закажани прегледи или за лекување.

---

<sup>3</sup> Даночната стапка за Медикеар во моментот изнесува 1,45% од сите плати. Во 1996 година, основицата за социјална заштита на стари лица и на лица со хендикеп ќе изнесува 6,20% за основна годишна плата од 62,700 долари.

Нивоата на услуги и должината на опфатот се прилични слични од аспект на функционирањето на приватното осигурување. Со оглед на аспектот на правичност во врска со социјалното осигурување, политичките фактори може да имаат влијание и врз нивоата на услуги и врз должината на опфатот. Исто така, важна е и одлуката кој сè и кои третмани ќе бидат покриени со социјалното осигурување. Опфатот на поединци може да се однесува на децата и на брачните другари. Покриеноста со третмани може да подразбира опфат на одредени болести (на пр. бубрежна инсуфициенција во терминална фаза), а да исклучува други (на пр. оптометрички услуги или киропрактика).

Социјалното здравствено осигурување има карактеристики што се однесуваат на страната на понудата. Одредени трошоци директно си ги плаќа пациентот, а потоа истите му се надоместуваат, додека други трошоци директно им се плаќаат на давателите на услуги од страна на владата. Во некои земји, сите лекари кои учествуваат во националната програма за здравствена заштита се владини службеници.

## **ИСТОРИСКИ КОРЕНИ НА СОЦИЈАЛНОТО ОСИГУРУВАЊЕ**

### **Европските почетоци**

САД и Јужна Африка често се посочуваат како единствени индустријализирани земји кои немаат сеопфатен систем на социјално здравствено осигурување. Експертите сметаат дека пионерското законодавство за еден систем на задолжително национално здравствено осигурување е она што започнало во Германија во 1883 година. Националното здравствено осигурување се проширило на други европски земји на крајот од XIX и почетокот на XX век.

Германскиот систем и другите европски системи претставуваа продолжување на веќе постоечките волонтерски здруженија - најчесто еснафски здруженија или групи за взаемна помош – чиишто услуги за членовите опфаќаа здружување на ризиците што може да се осигураат [за повеќе информации околу ова погледнете ги публикациите на Стар (1982) и на Јенсен и Котер (1987)]. Политичкиот мотив за трансформирање или спојување на волонтерските локални групи во систем со национална покриеност беше неговата полезност како фактор со стабилизирачко влијание:

Политичкото незадоволство го забрза воведувањето на социјалното осигурување и во Германија и во Англија... Во Германија, Бизмарк воведо социјални права за да избегне давање на пошироки политички права; во Британија, Лојд Џорџ бараше социјални права во контекстот на постоечките права на политичко учество. Како и да е, и двата беа во основа дефанзивни напори за стабилизирање на политичкиот поредок... (Стар, 1982, стр.239).

Германските закони од 1883 година воспоставија една изразито децентрализирана програма која ги опфати работниците во рударството, транспортот, градежништвото, мануелното производство, машинството и фабриките што користеа машини на електрична енергија. Другите земји

го следеа овој пример. Австрија (1888), Унгарија (1891), Шведска (1891), Данска (1892) и Белгија (1894) рано го усвоија здравственото осигурување како свој систем. Со усвојувањето на План за здравствено осигурување од страна на Шпанија во 1929 година, речиси сите европски земји донесоа Закони за здравствено осигурување. Некои беа задолжителни, како во Германија, додека други земји, како Белгија, Данска, Шведска и Швајцарија, им обезбедија владини субвенции на волонтерски отворени инвестициони фондови.

Обединетото Кралство го основаше својот прв систем на социјално здравствено осигурување во 1911 година. Законодавството од 1911 година со кое се создаде социјалното осигурување во Британија е од посебен интерес затоа што послужи како подготовка за британската Национална здравствена служба (NHS), која се воведо во 1946 година. Обединетото Кралство е најеминентниот пример во западниот свет за обезбедување на здравствена заштита од страна на владата преку системот на Националната здравствена служба. Обезбедувањето здравствена заштита од страна на владата беше честа појава во источноевропските земји и во поранешниот СССР, чиј систем започна да функционира во 1926 година. Подетален увид и споредба на системи за здравствено осигурување на различни земји може да се најде во поглавјето 22.<sup>4</sup>

### **Раните искуства во САД**

Во споредба со европските земји, САД задоцнија со обезбедување социјално осигурување, а особено со обезбедувањето државно здравствено осигурување. Кон крајот на XIX и почетокот на XX век, американското искуство беше слично на европското во смисла на тоа дека најчести беа волонтерските групи, заемните фондови за обезбедување услуги и слични на нив. Овие волонтерски друштва во САД не ги финансираше владата, така што од појавата на германскиот систем во 1883 година па сè до почетоките на британскиот систем во 1911 година, државното задолжително осигурување за здравствена заштита не беше некое многу актуелно прашање во САД.

Во раните години од дваесеттиот век, Плановите за здравствено осигурување почнаа да добиваат свои поддржувачи. Американската асоцијација за трудово законодавство даде поддршка за еден таков план, а Американската медицинска асоцијација одговори позитивно на предлозите за здравствено осигурување.<sup>5</sup> Сепак, она што недостасуваше беше политички консензус, што се поткрепува со фактот дека Семјуел Гомперс, претседател на Американската федерација на трудот, се спротивстави на задолжителното здравствено осигурување.

Како што се приближуваше Големата депресија, вниманието на јавноста кон здравствената проблематика беше фокусирано кон активностите на

---

<sup>4</sup> Гордон (1988, стр.201) дава добар преглед на оваа тематика.

<sup>5</sup> Голем дел од следниот материјал детално е обработен од Стар (1982).

приватно основаната Комисија за трошоците за медицинска нега (ССМС). Најважните препораки на Комисијата беа следниве: (1) групна пракса во обезбедувањето медицинска нега и (2) користење на осигурување, било приватно било од даноци, за плаќање на трошоците на таквата нега. Бранот од неповолни извештаи и опозицијата од другите групи предизвикаа проблеми во постигнувањето консензус, а она што беше очигледно беше формирањето посилни сојузи од кои некои беа „за“, а други „против“.

Појавата на законодавство за социјално осигурување во САД се случи на средина од Депресијата, односно за време на триесеттите години, преку Програмата за социјална заштита која започна во 1935 година. И покрај тоа што поентата на Програмата беше социјалното осигурување и фактот што истата доби реформски-ориентирана поддршка, законодавството се соочи со давање отстапки на политичката опозиција на Новиот договор (New Deal), вклучувајќи го меѓу отстапките и невоведувањето на државно здравствено осигурување. Стар го забележува следново:

Испуштањето на здравственото осигурување од Законот за социјална заштита во никој случај не беше единствената конзервативна одлика на овој Закон. Законот се потпираше на регресивен данок и не предвидуваше опфат со здравствени услуги на некои исклучително сиромашни популации, како на пример работниците на фарми и куќните помошнички (стр. 269).

Рузвелтовата администрација во доцните триесетти години од минатиот век ги анализираше потребите од национална програма за здравствена заштита преку работата на Техничката комисија за медицинска нега. Комисијата препорача поддршка за програми финансирани од државата наместо единствена национална програма за здравствено осигурување. И покрај тоа што се чинеше дека преку работата на оваа комисија и последователната Национална здравствена конференција се засилува поддршката за задолжително здравствено осигурување, опозицијата – делумно и од Американската медицинска асоцијација – го убеди претседателот Френклин Рузвелт да се повлече од таквата замисла.

Поборниците за задолжително здравствено осигурување не постигнаа успех во 40-тите и 50-тите години од XX век. Претседателот Труман побара одржување на уште една национална конференција за здравство.<sup>6</sup> Труман предложи „единствен систем за здравствено осигурување што би ги вклучил сите сталежи на општеството, дури и оние кои не се опфатени со социјална заштита“ (Стар, стр. 282). За време на јавната дебата за овие прашања, задолжителното здравствено осигурување често беше нарекувано *социјализирана медицина* - термин што во голема мера ја ослабна поддршката поради политичката клима која владееше во раните години на Студената војна. И покрај тоа што Труман ги доби изборите во 1948 година, неговиот успех никогаш не беше преточен во програма за здравствено осигурување.

---

<sup>6</sup> Види О. Андерсон (1990) за понатамошна дискусија.

## Формирањето на Медикеар (Medicare) и Медикејд (Medicaid)

За целото ова време постоеше значителна и веројатно растечка поддршка за здравственото осигурување, особено за државно осигурување насочено кон поддршка на здравствените потреби на старите лица. Во 1960 година беше донесена една компромисна програма предложена од сенаторот Роберт Кер и пратеникот во Конгресот Вилбур Милс, преку која Кер и Милс одговорија на сè поголемата загриженост за незадоволените потреби од здравствено осигурување. Сепак, треба да се истакне дека програмата беше насочена само кон старите сиромашни лица. Кер-Милс програмата користеше федерални долари за поддршка на програми на ниво на одделни држави, но голем број држави на САД не одреагираа на ваквата можност. Три години по нејзиното донесување, парите за Кер-Милс програмата не беа рамномерно распределени, затоа што 5 големи и индустриски развиени држави на САД добиваа 90% од парите.

Главните програми за социјално осигурување за здравствена заштита во САД – Медикеар и Медикејд – беа донесени за време на мандатот на претседателот Џонсон. Џонсон во предизборната кампања поддржуваше здравствена заштита за старите лица, така што по изразито убедливата победа на изборите во 1964 година тој беше во позиција да ги „истурка“ ваквите програми. Политичката клима исто така беше благопријатна за вакви програми. Дури и при вакви околности, донесувањето на Законот за Медикеар, кој беше донесен во изразито пообемна форма од она што претседателот го барал дури и во почетокот, претставува приказна за поединци кои дејствуваат во една сложена интеракција. Како што вели Андерсон (1990):

Тешко е да се каже како законот што конечно се донесе бил изготвен. Многу е неверојатно дека текот на настаните и одлуките би можел да биде реконструиран, дури и од страна на главните учесници (стр. 177).

Дебатата за социјално осигурување во САД честопати се одвиваше на релација помеѓу оние кои веруваа во *волунтаризам* и доброволно осигурување, што беше договорено во преговорите помеѓу независните индустриски гранки и синдикатите, и оние кои веруваа дека единствено програма за здравствено осигурување би обезбедила осигурување што е неопходно за поширокото население. Може да се каже дека епилогот на дебатата, изразен во форма на Медикеар и Медикејд, остварува широка политичка поддршка уште од 60-тите години од минатиот век.

Основите на загриженоста во врска со Медикеар и Медикејд произлегуваат од нивните растечки трошоци. Во средината на 90-тите години, со зголемувањето на бројот на старо и сиромашно население и со постојаниот пораст на трошоците на здравствената заштита, многумина сметаа дека вкупните трошоци за програмите за социјално осигурување се излезени од контрола. Политичарите се залагаат Медикеар да има доволен гарантен фонд за задоволување на идните потреби, остварувајќи рамнотежа помеѓу таквите потреби и зголемените даноци и плаќања за услуги потребни за задоволување на потребите.

Поширокиот аспект на прашањето на социјалното здравствено осигурување за целокупното население не може во целост да биде опфатено во овој труд. Искуството со Клинтониовиот здравствен план од 1993-1994 година претставуваше „огромна политичка турбуленција“<sup>7</sup> која мора да се проучи за да се скицираат патеките за идниот развој. Клинтониовиот план започна со прилично позитивни критики и побуди голем интерес кај јавноста. Клинтон убедливо победи на претседателските избори во 1992 година, со кампања во која ветуваше реформа на здравствениот систем. Пред изборите видливи беа знаците на сè поголем интерес кај електоратот за реформа на здравствениот систем, вклучувајќи и социјално здравствено осигурување. Клинтониовиот план беше изготвен во периодот јануари – мај 1993 година од страна на голема работна група составена од владини функционери, експерти за здравствена политика, вработени во Конгресот и други. Многумина сметаа дека работната група работи нетранспарентно. Во преостанатиот дел од годината не се формираше коалиција на интересни заедници околу јасно дефинираните одлики на реформата, додека пак одредени важни групации со интерес, како на пример осигурителните компании, лобираа и работеа против планот. Во текот на 1994 година, планот беше преработен за да одговори на критиките. Јавноста почна сè повеќе да верува дека Клинтониовиот план би предизвикал огромна државна бирократија, трошоци и неефикасност. До крајот на летото 1994 година, бевме сведоци на крах на планот.

Дали Владата на САД ќе донесе здравствена реформа која ќе вклучува социјално здравствено осигурување во блиска иднина? Може да се каже дека голем број од истите проблеми поврзани со трошоците и осигурувањето се сè уште присутни. Осигурувањето на неосигурените е скапо, а постојното антипотрошувачко чувство не ветува нешто добро во овој поглед. Сепак, иако постојат нови напори за инкрементален пристап, пристапот на „цело платно“ (whole cloth) од раната фаза на Клинтониовиот план се чини невозможен во догледно време.

## **МЕДИКЕАР И МЕДИКЕЈД ВО САД**

Двете главни програми за социјално здравствено осигурување во САД – Медикеар и Медикејд – беа донесени во 1965 година после години и години на дебати. Медикеар е национална програма што пред сè обезбедува задолжително здравствено осигурување за старите лица, плус незадолжителна медицинска покриеност на која се претплатуваат речиси сите постари лица. За разлика од Медикеар, Медикејд е програма која ја раководат државите на САД со помош на соодветен износ на федерални долари, т.е. програма што пред сè обезбедува покриеност со здравствена заштита за сиромашните граѓани.

---

<sup>7</sup> Оваа дефиниција доаѓа од Скокпол (1995)

## Медикеар

И покрај тоа што првично беше усмерена само кон старите лица, Медикеар го прошири својот опфат со текот на годините. Таа сега ги вклучува и лицата помлади од 65 години кои примаат федерална инвалидска пензија најмалку 24 месеци, корисниците на помош по основ хендикепираност во детството, како и луѓето кои страдаат од бубрежна инсуфициенција во терминална фаза. Како и да е, групата на корисници сè уште се состои првенствено од стари лица.

Медикеар се финансира од данокот на плата како дел од пакетот на социјална заштита, во износ од 1,45% и за работодавците и за работниците. Медикеар се состои од два дела. Делот А обезбедува задолжително болничко осигурување за сите лица на возраст од 65 години и постари. Делот Б обезбедува дополнително медицинско осигурување кое, и покрај тоа што е доброволно, го купуваат околу 97% од подобните лица на возраст од 65 години и постари. Ова дополнително медицинско осигурување добива околу три четвртини од своите приходи од федерални средства, а остатокот доаѓа од месечната премија која се одбива од месечната парична помош на примателите на социјална помош. Дури и со овие два модалитета за покриеност, голем број стари лица чувствуваат потреба од дополнително здравствено осигурување за премостување на празнините што ги остава Медикеар; околу 70% од старите лица купуваат таква „Медигеп“ покриеност.

Делот А за болничко осигурување во рамките на Медикеар обезбедува 90 дена болничка нега за секоја епизода на болест, со дополнителни 60 дена што може да се искористат во текот на животот на еден корисник. Освен ова, во рамките на делот А се обезбедува и нега во дом, каде се нудат 100 дена висококвалификувана нега во дом за стари лица по епизода на болест, коишто може да се искористат по хоспитализација од најмалку 3 дена. Со своите ограничувања во поглед на опфатот, делот од Медикеар за нега во дом за стари лица е дизајниран како дополние на болничката нега и не претставува осигурување за нега во дом за стари лица. Медикејд е далеку позначаен за финансирање на домовите за стари лица (поглавје 17).

Здравствената заштита што се обезбедува во рамките на Медикеар не е бесплатна за примателите. Освен даноците што ги платиле, примателите на помошта мора да платат и франшизи и ко-соигурување. Франшизата значи дека корисникот мора да плати одреден износ, кој во пракса е еднаков на цената на чинење на еден ден болничка нега, пред да добие услуги од Медикеар. Ко-осигурувањето значи дека корисникот плаќа дел од преостанатиот сметковен износ. Во пракса, ко-осигурувањето за Медикеар претставува една четвртина од износот на франшизата за деновите број 61 до 90 од болничката нега, а повеќе после тоа. Структурата на покриеноста се нема многу променето изминативе две децении.

## Медикејд

За разлика од Медикеар, програмите на Медикејд ги раководат поединечни држави на САД. Преку тие програми се финансираат здравствени услуги за одредени категории на граѓани кои имаат потреба од медицинска помош, чијашто економска состојба е надвор од нивна контрола. Вакви сиромашни категории на граѓани кои исполнуваат услови за помош од Медикејд се децата кои зависат од помошта на родител/старател, старите, слепите и хендикепираните. Државите, за возврат на нивното сообразување со федералните барања, добиваат соодветни по големина федерални дотации (грантови) за покривање на нивните трошоци. Со оглед на тоа што програмите се иницираат на ниво на држави, постојат значителни варијации на ниво на САД.

Медикејд им овозможува на државите да покријат четири групи кои имаат потреби:

1. Оние кои добиваат помош во рамките на Програмата за помош на семејствата со деца зависни од помош (AFDC).
2. Повеќето луѓе кои добиваат помош во рамките на Програмата за дополнителен доход (SSI).
3. Лица кои исполнуваат услови за парична помош, но истата не ја добиваат.
4. Лицата „со медицински потреби“, односно лицата кои ги исполнуваат сите услови за да се сметаат за подобни за Медикејд и чијшто доход, по одбивањето на медицинските трошоци, е помал од стандардниот доход на лицата „со медицински потреби“ за соодветната држава.

Помошта од Медикејд ги покрива болничките и лекарските услуги, покрај другите услуги. Медикејд е далеку полиберален во финансирањето на услугите што ги пружаат домовите за стари лица, затоа што неговиот опфат не е ограничен само на закрепнување од сериозни болести. Како последица, Медикејд е еден од главните плаќачи на неа што се добива во домови за стари лица.

## ЕФЕКТИТЕ ОД МЕДИКЕАР И МЕДИКЕЈД

Иако со сигурност знаеме што обезбедуваат Медикеар и Медикејд, не сме толку сигурни околу нивните ефекти. Ефектите се всушност она што е поважно за истражувањата. Истражувањата за ефектите од Медикеар и Медикејд ја намалија претходно спомнатата несигурност. Ќе ги разгледаме ефектите од Медикеар и Медикејд во однос на следново:

- Трошоците за здравствена заштита;
- Пристап до здравствена заштита;
- Состојба со здравјето (здравствен билтен).

Прво ќе ги анализираме ефектите од аспект на трошоците за здравствена заштита.

## Трошоци и инфлација

Имплементацијата на Медикеар и Медикејд во 1965 година се совпадна со едно значително зголемување на трошоците за здравствена заштита во САД. И покрај тоа што ваквите трошоци растеа и пред 1965 година, како процентуално така и во споредба со општата стапка на инфлација, стапката на пораст на цените на болничката нега прилично се зголеми по имплементацијата на Медикеар и Медикејд.<sup>8</sup>

Нивото на расходи кај двете програми се покачи многу побрзо од што повеќето луѓе очекуваа. Табелата 21.1 го покажува трендот на расходите со текот на времето. Како што може да се види, процентуалните зголемувања на расходите кај двете програми се двоцифрени за повеќето години. Дури и кога ќе се земе предвид значителната стапка на инфлација од доцните шеесетти години од минатиот век, трошоците на Медикеар се зголемиле за фактор 6, а на Медикејд за фактор 8. Гинсбург (1988) истакнува дека трошоците по отпуст на Медикеар се зголемувале со годишна стапка од 11,2% за периодот 1970 – 1981 година. Оваа инфлација ја надмина општата инфлација за 2,9 процентни поени годишно, и истата се случи и покрај намалувањето од 2,2% годишно на просечното времетраење на престојот во болница.

Популациите кои се под ризик се зголемуваа и за Медикеар и за Медикејд. Бројот на запишани во Медикеар растеше со просечна годишна стапка од 3,3%, а почнувајќи од 1973 година оваа бројка ги опфаќаше и запишаните лица со хендикеп. Ова е стапка која далеку го надминуваше растот на населението и истата може во голема мера да му се припише на феноменот на стареење на населението. Зголемувањето на запишаната популација често се посочува како главна причина за зголемувањето на плаќањата извршени од Медикејд. Реагирајќи на достапноста на Медикејд, којашто обезбедуваше споделување на трошоците за голем број програми, многу држави на САД ги променија стандардите во поглед на потребите за Програмата за помош на семејствата со деца зависни од помош (AFDC), овозможувајќи на тој начин поголем број семејства да исполнат услови за добивање парична помош. Беше создаден дополнителен публицитет за програмите на Медикејд, како резултат на што и други држави започнаа програми на Медикејд.

Табела 21.1 Лични трошоци за здравствена заштита под Медикеар и Медикејд (1966 – 1994)

Год.	Запишани (милиони)	Трошоци на Медикеар (милијарди)	Пораст (%)	Приматели (милиони)	Трошоци на Медикеар (милијарди)	Пораст (%)
1966	19.1	\$ 1.6		-	\$ 1.3	
1967	19.5	4.9	206.3*	-	3.0	130.8*
1968	19.8	5.9	20.4	-	3.4	13.3

<sup>8</sup> Види П. Фелдштајн (1977) за понатамошна дискусија.

1969	20.1	6.8	15.3	-	4.0	17.6
1970	20.5	7.2	5.9	-	5.1	27.5
1971	20.9	8.1	12.5	-	6.4	25.5
1972	21.3	8.8	8.6	17.6	8.0	25.0
1973	23.5	10.2	15.9	19.6	9.1	13.8
1974	24.2	12.8	25.5	21.5	10.6	16.5
1975	25.0	15.7	22.7	22.0	12.9	21.7
1976	25.7	18.9	20.4	22.8	14.5	12.4
1977	26.5	22.1	16.9	22.8	16.6	14.5
1978	27.2	25.8	16.7	22.0	18.5	11.4
1979	27.9	30.1	16.7	21.5	21.2	14.6
1980	28.5	36.4	20.9	21.6	24.8	17.0
1981	29.0	43.8	20.3	22.0	28.9	16.5
1982	29.5	51.4	17.4	21.6	30.6	5.9
1983	30.0	58.5	13.8	21.6	33.6	9.8
1984	30.5	64.3	9.9	21.6	36.0	7.1
1985	31.1	70.1	9.0	21.8	39.7	10.3
1986	31.7	75.4	7.6	22.5	42.9	8.1
1987	32.4	81.7	8.4	23.2	48.2	12.4
1988	33.0	89.7	9.8	22.9	52.3	8.5
1989	33.5	99.8	12.8	НП	НП	НП
1990	34.1	109.0	9.2	НП	69.0	НП
1991	34.8	121.2	11.2	НП	87.4	26.7
1992	35.5	134.2	10.7	НП	112.5	28.7
1993	36.2	149.1	11.1	32.1	124.9	11.0
1994	36.9	166.1	11.4	НП	НП	НП

\*Забелешка: Процентуалните зголемувања за 1967 може да бидат збунувачки. Тие се толку големи само затоа што 1966 беше парцијална година за почетокот на програмите.

Забелешка: НП значи Нема Податоци

Извор (1966-1988): Управа за проценување на трошоци на национално ниво (1990, табела 12).

Извор (1989-1994): Комисија за проценка на проспективни плаќања, *Водич за Медикеар и Медикејд, Медикеар и Американскиот систем за здравствена заштита*, 15.06.1995, табели 3-1, 3-3, 3-11 и слика 3-3.

#### ЗОШТО СЕ ЗГОЛЕМИ ТРОШЕЊЕТО – ЗГОЛЕМЕН ОПФАТ, ТЕХНОЛОШКИ НАПРЕДОК И ЗГОЛЕМЕНА НЕЕФИКАСНОСТ

Сè побројната популација која исполнува услови да биде покриена со Медикеар и Медикејд секако дека е фактор кој помага во објаснувањето зошто трошоците на програмите се зголемиле, но тоа не ги оправдува во целост инфлаторните ефекти што овие програми би можеле да ги имаат. Њухауз (1978) укажува на три начини преку кои програмите за осигурување како овие две би можеле да влијаат врз цените и трошоците, дури и без да има пораст на населението што се опслужува.

Прво, и Медикеар и Медикејд настојуваа да го зголемат опфатот со осигурување на популациите кои ги исполнуваат условите.

Зголемувањето на осигурувањето има експанциони ефекти врз побарувачката на неа, како што беше објаснето во поглавјето 11.

Њухауз објаснува дека овие програми за социјално осигурување може да имаат и дополнителни ефекти. Тој смета дека опфатот со осигурување може да испровоцира технолошки развој, т.е. технолошки подобрувања. Доколку овие програми за социјално осигурување индуцираат поскапи технолошки подобрувања, во тој случај трошокот по единица неа може да се зголеми.

Конечно, Њухауз предлага една трета теорија за ефектот од осигурувањето врз трошоците и количината на услуги што се користи. Оваа теорија може да се нарече теорија на „зголемена неефикасност“. Идејата е дека тогаш кога осигурувањето плаќа еден мошне значаен дел од сметката за здравствени услуги, институциите од типот на болници не се толку мотивирани да ги контролираат трошоците. Од оваа теорија не е јасно дали појавувањето на Медикеар и Медикејд предизвикува зголемување на нивото на неефикасност во болниците со текот на времето, но еден таков развој на настаните секако соодветствува со оваа теорија.

#### ДОКАЗИ

Што знаеме за состојбите околу инфлацијата по воведувањето на Медикеар и Медикејд, односно што знаеме за изворите на оваа инфлација? Еден можен пристап е да се подели забележаниот пораст на трошоците на неговите логички компоненти. Како што е наведено во *Економскиот извештај на претседателот* од 1985 година:

Факторите што се одговорни за растечките трошоци за медицински услуги може да се припишат или на промени во цената или на промени во квантитетот. Промените во цената може понатаму да се разделат на општа инфлација и ценовни зголемувања само во здравствениот сектор. Промените во квантитетот може да се разделат на три елементи: *промени во популацијата, во квантитет по глава на жител и во природата на услугите што се обезбедуваат* по посета или по прием во болница (стр. 134).

Извештајот истакнува дека општата инфлација е „виновна“ за нешто над половината од инфлацијата во болничките трошоци помеѓу 1971 и 1981 година, но болничките инпутни трошоци се зголемија за дополнителни 11,7% повеќе од општата инфлација. Растот на населението беше помал фактор, придонесувајќи со 7,2% за време на спомнатиот период; зголемувањето на бројот на приеми во болница по глава на жител придонесе со 8,6%, а реалните трошоци по примен пациент во болница се зголемија за 20,8%. Порастот на реалните трошоци по примен пациент во болница е особено вреден за спомнување затоа што тој е одраз на технолошкиот напредок, или поопшто кажано, на сите промени во природата на болничката неа.

Слични се бројките и за услугите добиени од лекар. Во однос на ова, *Економскиот извештај* вели дека 58% од инфлацијата во оваа

категорија се должат на општата инфлација помеѓу 1971 и 1981 година. Покрај тоа, ценовниот индекс за лекарските услуги се зголеми побрзо одошто општата инфлација за околу 10%. Други фактори беа зголемувањето на бројот на посети за 5% и значителното зголемување на реалните трошоци по посета од 27%.

Овие податоци се во согласност со теориите на Њухауз, но не ги цитираат истите.<sup>9</sup> Се чини веројатна тезата дека технолошките промени имаат одиграно голема улога. Сепак, доказите не се прецизни, па мораме да заклучиме дека иако од една страна ни е јасно **како** програмите за социјално осигурување од типот на Медикеар и Медикејд би можеле да влијаат врз цените и врз стапките на користење на услуги, не сме исто толку сигурни околу големината на ефектите.

### **Пристап до здравствена заштита**

Без оглед на големите трошоци, најголем дел од фактите говорат во прилог на тоа дека и Медикеар и Медикејд успеале да ги решат проблемите на пристап до здравствена заштита. Од податоците е евидентно дека имало промена во стапките на користење здравствена заштита кај нископриходните групи во годините веднаш по воведувањето на Медикеар и Медикејд.

Табелата 21.2 покажува како Медикеар и Медикејд влијаеле врз користењето лекарски услуги кај населението од самото нивно воведување. Најважно за спомнување е дека овие податоци покажуваат дека разликата во стапките на користење услуги помеѓу групите со ниски и оние со високи приходи се намалила, иако ефектот е најзабележлив кај категоријата „сите возрасти“.

Можеме да научиме нешто ново за ефектите од двете програми и преку анализа на податоците за плаќањата од џеб од страна на подобните приматели на услуги. Табелата 21.3 ги прикажува овие бројки, споредувајќи ги 1964 (пред имплементацијата на Медикеар и Медикејд) и 1984 година. Како што е прикажана во табелата А, плаќањата од џеб драстично се намалиле по воведувањето на програмите, гледано како процент од вкупните трошоци. Меѓутоа, трошоците од џеб по лице на возраст од 65+ години како процент од неговиот доход, но и долговите на корисниците како удел во вкупните трошоци за здравство, се држат на прилично константно ниво од почетокот на програмите (табели Б и В).

Податоците за стапките на користење на услуги и за пристапноста на услугите од финансиски аспект оставаат барем едно прашање неодговорено. Дали ќе откриевме дека овие програми за социјално осигурување го зголемуваат пристапот до здравствени услуги и во една студија која би ги зела предвид, меѓу другите работи, и нивото на здравствената состојба (здравствениот билтен) или потребите од

---

<sup>9</sup> За повеќе информации погледнете ги економетриските студии на Њухауз (1978, 1988).

здравствена заштита, а не само да ги споредува податоците за периодот пред и по нивното воведување?

Се чини дека одговорот на ова прашање е потврден. Дејвис и Рејнолдс (1976) го анализираат ефектот од пристапот до овие програми за државна помош во еден статистички контекст кој зема предвид и други фактори. За луѓе со иста здравствена состојба, тие го споредуваат просечното користење на здравствени услуги од страна на оние кои исполнуваат услови за добивање помош во споредба со нископриходните лица кои не добиваат помош. Да ја анализираме табелата 21.4 која е извадок од нивната студија. Овие податоци посочуваат прилично силно влијание од подобриот финансиски пристап врз здравствената заштита.

Овие податоци, сепак, не решаваат едно можеби поважно прашање: Дали се намалени нееднаквостите во стапките на користење на услуги помеѓу нископриходните и високоприходните групи? Тешкотијата да се оценат нееднаквостите во стапките на користење на услуги помеѓу нископриходните и високоприходните групи лежи во фактот што првите се обично поболешливи од вторите. Дали стапките на користење услуги се еднакви откако ќе се извршат прилагодувања така што да се опфати и здравствената состојба?

Табела 21.2 Посети на лекар по глава на жител по возраст и приходна група, фискална година 1964, календарска година 1971

Возраст и приходна група	1964	1971
Сите возрасти	4.5	5.0
Низок приход	4.3	5.6
Среден приход	4.5	4.7
Висок приход	5.1	4.9
Однос високо наспрема нископриходни	1.19	0.88
65 години и постари		
Низок приход	6.3	6.7
Среден приход	7.0	6.4
Висок приход	7.3	7.5
Однос високо наспрема нископриходни	1.16	1.12

Извор: Дејвис и Рејнолдс (1976, стр. 393)

Табела 21.3 Три начини да се измери товарот на трошоците за здравствена заштита за старите лица под Медикеар

Табела А: Лични трошоци за здравствена заштита по жител за лица на возраст од 65 години или постари, по извор на средства: фискална година 1966 и календарска година 1984

Извор на средства	1966		1984	
	Износ	Процент	Износ	Процент
По глава	\$ 445	100.0	\$ 4,202	100.0
Од џеб	237	53.2	1,059	25.2
Приватно осигурување	71	15.9	304	7.2
Друго приватно	5	11.1	16	0.4
Медикеар	-	-	2,051	48.8
Медикејд	-	-	536	12.8
Друго владино	133	29.8	236	5.6

Извор: Горник и соработниците (1985)

Табела Б: Средни здравствени трошоци од џеб како процент од доходот за лица на возраст од 65+ години, за одбрани години, 1966-1984

Година	Средни трошоци од џеб	Среден личен доход	Трошоци од џеб како % од доходот
1966	\$ 300	\$ 2,000	15
1977	690	5,592	12
1981	1,187	8,639	14
1984	1,575	10,615	15

Извор: Горник и соработниците (1985)

Табела В: Проценка на долговите на корисниците 1985 – 1994 година

Година	Долгови на корисниците (милијарди \$)	Исплати од програмата (милијарди \$)	Удел на корисниците во вкупните плаќања
1985	\$ 13.5	\$ 70.3	16.2%
1986	15.4	75.7	16.9
1987	16.8	80.5	17.2
1988	18.0	88.5	16.9
1989	17.4	99.8	14.8
1990	21.4	109.0	16.4
1991	22.7	121.2	15.8
1992	23.4	134.2	14.8
1993	30.6	149.1	17.0
1994	31.4	166.1	15.9

Извор: Водич за Медикеар и Медикејд, бр. 858, 15.06.1995, табели 3-4, стр. 67.

Табела 21.4 Годишна проектирана искористеност за нископриходните лица по здравствена состојба и подобност за социјална помош, прилагодена и за други карактеристики, 1969 година

	Здравствена состојба					
	Приматели на социјална помош			Други нископриходни лица		
	Добра	Просечна	Слаба	Добра	Просечна	Слаба
Посети на лекар	4.09	4.95	7.10	2.29	3.36	5.12
Приеми во болница	0.14	0.16	0.21	0.09	0.11	0.15
Болнички денови	2.40	2.72	3.47	1.18	1.42	2.04

Извор: Дејвис и Рејнолдс (1976)

Ова прашање е предмет на несогласувања во литературата, но релевантните факти беа анализирани од страна на Стар (1986).<sup>10</sup> Тој го изведува следниов заклучок:

Сиромашните покажуваат значително пониски нивоа на користење на лекар при споредливи нивоа на здравје и хендикеп, а возрасно-прилагодениот број на посети на лекар на 100 дена поминати во кревет со некаков хендикеп беше за 80% повисок кај Белците со високи приходи отколку кај Белците под нивото на сиромаштија (стр. 117-118).

Пред да ја заклучиме дискусијата за пристапот до здравствена заштита, треба да идентификуваме една карактеристика на пристапот која е типична за програмата Медикејд. Со оглед на фактот дека Медикејд ја раководат поединечните држави, карактеристиките прилично варираат ширум САД. Исто така, со текот на времето се смени и опфатот на популацијата на сиромашни семејства. Оберг и Полич (1988) ги истакнуваат следниве важни карактеристики:

Во 1972 година, Медикејд опфаќаше 32% од лицата на или под прагот на сиромаштија. Програмата го достигна врвот во 1975 година, кога 63% од лицата со ниски приходи исполнуваа услови за Медикејд. Овој процент почна да опаѓа кога Владата започна активности за ограничување на буџетот на програмата. Во 1980 година, 50% од сиромашните и тие блиску до состојба на сиромаштија исполнуваа услови за Медикејд. Во 1985 година, се проценуваше дека програмата опслужува само 46% (стр. 90).

Од овие податоци можеме да заклучиме дека значителен дел од сиромашните и оние блиску до состојба на сиромаштија не се опфатени со Медикејд, како и дека опфатот на сиромашни и блиску до сиромашни не држеше чекор со порастот на бројот на луѓе во овие приходни групи за време на 80-тите години од XX век.

<sup>10</sup> Погледнете исто така Дејвис и Рејнолдс (1976), Адеј, Андерсон и Флеминг (1980), и Клајнман, Голд и Макуе (1981).

## **Здравствена состојба**

Најважното прашање што треба да се постави во врска со Медикеар и Медикејд е дали овие програми ја подобруваат здравствената состојба на населението кое ги исполнува условите за членство во нив. Ова прашање претставува специфична апликација на едно претходно прашање на кое се осврнавме, а кое има врска со производствената функција на здравјето. Одредени поодамнешни економетриски истражувања на ефектите од здравствената заштита врз стапките на смртност укажуваа на мал и незначителен ефект. Истражувањата за ефектите од здравствената заштита врз стапките на смртност даваат слични резултати. Она што е уште почудно, експериментите во делот на здравственото осигурување на корпорацијата “Rand” (непрофитна институција која помага да се подобрат политиките и донесувањето одлуки преку студии и анализи) го истражуваа ова прашање со користење на рандомизиран (по случаен избор) контролиран експеримент и открија мал или никаков ефект врз здравствената состојба во повеќето случаи на зголемени здравствени услуги конзумирани од страна на лица со подобра покриеност со осигурување.<sup>11</sup> Барем сè до средината на осумдесеттите години, се чинеше дека фактите се спротивни на убедувањето дека здравствената заштита носи значителна позитивна разлика во поглед на здравствената состојба на населението општо, а особено на осигуреното население.

Како и да е, истражувањата што почнаа да се вршат во средината на 80-тите години резултираа со битни контрадокази. Студиите на Хедли (1982, 1988) се фокусираат на улогата на расходите на Медикеар. Тој открива значителен ефект од Медикеар врз стапките на смртност, како и дека оваа здравствена заштита е доволно ефективна за да биде исплатлива. Хедли исто така открива посилен ефект од трошоците на Медикеар врз популациони подгрупи како што се на пример Црниците, чијашто пониска од просечната здравствена состојба предизвикува загриженост кај јавноста.

## **НАЦИОНАЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

Да се навратиме на прашањето на поширокото социјално осигурување за здравствена заштита. Веќе кажавме дека САД е една од двете индустријализирани држави без сеопфатна програма на социјално осигурување за здравствена заштита. Дали САД треба да усвојат национално здравствено осигурување? Се чини дека ова прашање е мртво со неуспехот на Клинтониовиот план. Чекори кон универзален опфат би можеле да се преземат но притоа на ум да се имаат ограничени цели. Чекори кон ограничување (заузднување) на трошоците можеби би биле попривратливи во сегашнава атмосфера. Како и да е, реформата на здравствениот систем сè уште стои на агендата на САД и на многу други земји. Добро би било да сме запознати со можните карактеристики на таквите планови.

---

<sup>11</sup> Погледнете на пример Брук и соработниците (1983) и Валдез и соработниците (1985).

## Различни видови на можни Планови за национално здравствено осигурување (НЗО)

Од дискусијата треба да е јасно дека постојат неколку пожелни аспекти на една програма за национално здравствено осигурување. Таа:

- треба да обезбеди здравствена „безбедносна мрежа“ за сите граѓани, без оглед на нивната возраст или состојба на (не)вработеност.
- треба да обезбеди избор за давателите на услуги и за пациентите.
- треба да обезбеди пазарни стимулации за зауздување на трошоците.
- треба да биде релативно лесна за управување.

За жал, дури и во рамките на листата на претпоставено неконтроверзни цели што претходно беа нотирани, постои значителен простор за контроверзност. На пример, билтенот на Американската медицинска асоцијација (мај 1991) побара од здравствените експерти да формулираат планови за реформа на здравственото осигурување. Беа доставени над 80 предлози, а по направената ригорозна селекција билтенот објави 13 труда. За време на националната дебата за здравствената реформа која се водеше во периодот 1993-1994 година, до Конгресот на САД беа доставени на разгледување најмалку исто толку планови.

Одредени закони во одредени временски периоди значително се разликуваат едни од други, особено ако се земат предвид опциите што постојат во различните земји. Неколку одредби на законите што беа разгледувани од страна на Конгресот во 1993-1994 година се осврнаа на прашањата што се поставија за време на повеќето реформски зафати. Табелата 21.5 наведува неколку карактеристики што се појавија во различните закони, вклучувајќи го и Клинтонскиот план. Дилемата кај плановите беше дали да се финансира национален опфат со здравствено осигурување преку индивидуална обврска за плаќање, обврска работодавец/работник или преку општи приходи. Индивидуалниот мандат бара од поединците да си купат здравствено осигурување, предвидувајќи субвенционирање за оние кои не можат тоа да си го приуштат. Таквото субвенционирање би се финансирало од општите приходи. Работодавец/работник мандатот бара данок на плати за делот на работникот. Делот на работодавецот всушност може да падне на грбот на работникот во форма на пониски плати. Субвенциите од општите приходи би ги покриле невработените.

Луѓето кои заговараат канадски систем се залагаат за систем со единствен плаќач, каде владините приходи го покриваат целокупното национално здравствено осигурување. Последна алтернатива е методот на плаќање преку медицински штедни сметки, со кој би се овозможило граѓаните да си отворат штедна сметка која нема да подлежи на оданочување, а од која ќе ги плаќаат трошоците за нивната здравствена

заштита. Ваквите системи обично резултираат со здравствено осигурување со високи франшизи и ко-осигурување.

Одредени планови би дефинирале минимум прифатливо ниво на осигурување, а на граѓаните би им се дозволило да си купат поширок опфат доколку сакаат и доколку можат тоа да си го приуштат. Други би дефинирале само еден план кој би одговарал за сите. На почетокот од дебатите, голем број планови предвидуваа универзален опфат. Како што поддршката за универзален опфат слабееше во Конгресот, поголем број планови понудија помали цели во поглед на опфатот на населението.

Табела 21.5 Алтернативни карактеристики на реформата на националното здравствено осигурување

Финансирање	работодавец/работник мандат индивидуален мандат општи даночни приходи медицински штедни сметки
Опфат на услуги:	дефиниран минимум план стандарден план за сите
Опфат на луѓе:	универзален ограничен
Осигурител:	приватни осигурителни компании владино осигурување
Менаџирана нега:	поттикнувана или задолжителна непоттикнувана и незадолжителна
Задруга на купувачи (purchasing cooperative)	задолжителни сојузи не се задолжителни сојузи

Системите со единствен плаќач обично ја елиминираат функцијата на приватно осигурување и ја позиционираат владата како единствен плаќач. Менаџираната нега, за која детално стана збор во поглавјето 12, беше централната тема на здравствената дебата откако Клинтониот план ѝ обезбеди промоција. Менаџираната нега се промовира во рамките на реформата на здравственото осигурување како механизам за штедење. Конечно, Конгресот дебатира околу тоа дали да се промовираат задругите на купувачи за здравственото осигурување – задолжително или доброволно. Овие задруги се перципираат како начин за да им се обезбеди на луѓето избор на здравствен план, без оглед дали нивниот работодавец го нуди тоа и без оглед дали лицето е вработено.

## Трошоците на националното здравствено осигурување

Програмите за национално здравствено осигурување секако дека чинат многу пари, но важно е да се направи разлика кои трошоци се всушност инкрементални (растечки). Со други зборови, колкави би биле додатните трошоци за општеството од наметнувањето на национално здравствено осигурување?

Од гледна точка на општеството, инкрементален трошок на националното здравствено осигурување во САД се всушност додатните трошоци за здравствена заштита што би се направиле кога би преминале на национално здравствено осигурување. Со оглед на тоа што повеќето луѓе се веќе осигурени за речиси целокупната болничка нега и за поголемиот дел од лекарските услуги, дополнителниот трошок за националното здравствено осигурување би бил многу помал одошто многумина очекуваат.

Вистинските инкрементални трошоци произлегуваат од неколку извори. Прво, главната причина за премин кон План за национално здравствено осигурување е да се прошири опфатот за неосигурените, чиј број е околу 40 милиони луѓе. Поли и соработниците (1991) проценуваат дека инкременталните трошоци за оваа новоопфатена популација би изнесувале отприлика 17 милијарди долари, т.е. околу 459 долари по човек, или околу 3% од трошоците за здравствена заштита. Доколку оваа сума некому изгледа ниска, треба да се разбере дека неосигурените во просек веќе конзумираат над половина од количината на услуги што ги конзумира осигуреното население, односно дека неосигуреност не значи автоматски и нула здравствена заштита.

Второ, ќе има одреден инкрементален трошок за осигуреното население доколку одбраниот предлог за национално здравствено осигурување обезбедува поголем опфат од она што луѓето обично избираат да го купат или што си го обезбедиле од други извори. Трето, секој систем за финансирање на здравствената заштита што почива на даноци секогаш подразбира загуба за општеството, како што е забележано во поглавјето 11. Ова правило важи дури и ако програмата е задолжителна за работодавците, затоа што закон којшто ги приморува работодавците да прават трошоци во суштина претставува данок. Загубата на данок значи дека постои одредена загуба на ефикасност предизвикана од дестимулациите да се работи и инвестира.<sup>12</sup>

Овие извори на инкрементални трошоци за општеството се веројатно и најзначајните. Од една страна, инкременталните трошоци се реални трошоци за општеството, додека пак разликите во методите на финансирање не се толку економски значајни. Можеби е политички поприватливо да се избере план којшто нема многу да го зголеми владиниот буџет, па оттаму, плановите кои се финансираат од работодавците може да бидат политички атрактивни токму од таа

---

<sup>12</sup> Погледнете Браунинг и Џонсон (1980) заради поцелосна дискусија.

причина. Треба на сите да им биде јасно дека општеството е тоа кое ги прави трошоците без оглед дали осигурувањето го финансира владата или пак работодавците се законски обврзани тоа да го прават.

Во ова поглавје изложивме една општа дискусија за социјалното осигурување и за неговата примена во здравствениот сектор. Истакнавме дека речиси сите модерни индустријализирани земји обезбедуваат помалку или повеќе сеопфатно социјално здравствено осигурување, по што го разгледавме историјатот на овие случувања и состојбата во САД.

Денес, главните програми за социјално осигурување за здравствена заштита во САД се Медикеар и Медикејд. Овие програми ги зголемуваат трошоците во теоријата и се сè поскапи и во пракса. Сосема е јасно дека овие програми имаат позитивен ефект врз пристапот до здравствена заштита за старите лица и нископриходните групи, а одредени неодамнешни студии укажуваат дека тие остваруваат позитивен ефект и врз здравствената состојба. Сепак, Медикеар и Медикејд оставаат прилично голем број сиромашни или неосигурени лица без покриеност со здравствена заштита.

Конечно, одлуката дали САД треба да преминат кон национално здравствено осигурување мора да ги одразува вредностите на јавноста. Оваа констатација држи и од причини на ефикасност и правичност. Причините на ефикасноста зависат од индивидуалните вредности изразени во подготвеноста да се плати. Причините на правичноста, од друга страна, претставуваат директен израз на вредности. Едно сеопфатно социјално осигурување за здравствена заштита во САД директно би го допрело а веројатно и би го решило општопознатиот проблем со опфатот на неосигурените, а тоа се најчесто сиромашните, лицата блиску до сиромаштија и други нископриходни групи.

Постојат многу начини како да се решат овие проблеми. Ние ги посочивме најбитните карактеристики на политиката, односно донесените одлуки во плановите што Конгресот ги разгледуваше во 1993-1994 година. Што може економијата да каже за овие карактеристики чиј краен избор или изборот на нулта промена зависи од вредностите на електоратот? Постојат области во теоријата и факти во економијата кои „фрлаат светлина“ врз овие прашања. Исто така, корисно е да се анализираат здравствените реформи што се спроведуваат надвор од границите на САД. Сите ние учиме едни од други, односно од искуствата и истражувањата на другите. Започнуваме еден таков потфат така што прво ќе ги споредиме карактеристиките на здравствените системи на различните земји во наредното поглавје.

## **Резиме**

1. Постојат различни типови на политики за социјално осигурување и различни типови на социјални програми. Такви програми се

програми за сиромаштија, за помош на стари лица, на хендикепирани, здравствени програми и програми за помош на невработените.

2. Карактеристиките на програмите опфаќаат придонеси, услуги, времетраење на опфат, начини на надоместување на трошоците на давателите на услуги, како и методи за одредување на износите што ќе им се исплатат на давателите на услуги.
3. Социјалното осигурување потекнува од XIX век од Европа. Разни групи во САД поддржуваа програми за социјално здравствено осигурување низ целиот XX век. Овие случувања доживеаја кулминација со усвојувањето на Медикеар и Медикејд во 1965 година. Оттогаш, САД останаа една од малкуте развиени земји која нема донесено сеопфатна програма за социјално здравствено осигурување.
4. Медикеар е национална програма која обезбедува болничко осигурување за старите лица, заедно со незадолжително дополнително осигурување за лекарски услуги. Програмите на Медикејд се раководени од поединечните држави на САД и обезбедуваат здравствена заштита за одредени категории на лица кои имаат потреба од медицинска помош.