

Reforma američkoga zdravstvenog sustava: nemoguća ili moguća misija?

Dagmar Radin

Ključna je razlika u odnosu prema Clintonovu pristupu reformi u tome što je Obama dao Kongresu da izradi prijedlog zakona. To se pokazalo kao dvosjekli mač, jer se donošenje zakona prepustilo nemilosti tijela koje predstavlja mnoštvo lokalnih, socijalnih i ekonomskih interesa.

Jedan je bivši britanski ministar zdravstva još 1946. rekao da se "nijedno društvo nema pravo nazvati civiliziranim ako bolesnoj osobi uskraćuje medicinsku pomoć zbog nedostatka sredstava". Ta je izjava imala sve jači odjek među američkim građanima i kreatorima politika, da bi na kraju dospjela na vrh dnevnog reda politike Obamine administracije. U jedinjoj industrijaliziranoj i razvijenoj zemlji u svijetu bez univerzalnog sustava zdravstvenog osiguranja, zdravstvena se kriza osjećala desetljećima. Ona je samo eskalirala s trenutačnom ekonomskom i financijskom krizom. S obzirom na neuspjeh prethodnih reformi sustava zdravstvenog osiguranja, usvajanje reforme u ožujku 2010. čini se kao dramatičan pomak u američkoj povijesti. Dok se prašina u medijima i javnosti donekle slegla, još uvijek se vodi žustra rasprava o posljedicama donošenja novog zakona.

Struktura američkoga zdravstvenog sustava

Usporedi li se sa zdravstvenim sustavima mnogih razvijenih zemalja, zdravstveni sustav SAD-a vrlo je fragmentiran i uglavnom tržišno upravljani, uz minimalne državne intervencije. Financiranje se zasniva na sustavu višestrukih platiša, pri čemu se najveći dio stanovništva oslanja na svoje poslodavce koji im pružaju privatno grupno zdravstveno osiguranje, dok oni koji imaju 65 i više godina koriste zdravstveno osiguranje koje financira federalna vlada (*Medicare*). Na razini država, Program zdravstvenog osiguranja djece, uveden 1990-ih godina, koriste djeca do 19 godina koja se ne kvalificiraju za druge programe

Dagmar Radin, docentica na Odsjeku za političku znanost i javnu upravu, Mississippi State University, SAD. Nositeljica kolegija "Zdravstvena politika" na doktorskom studiju Komparativna politika na Fakultetu političkih znanosti u Zagrebu. E-mail: dradin@ps.msstate.edu Tekst je napisan za *Političke analize*, a s engleskoga ga je preveo Krešimir Petković.

zdravstvenog osiguranja, kao što je *Medicaid* (program osmišljen da pomogne obiteljima s niskim prihodima i niskom razinom resursa). Administracija Lyndona B. Johnsona ustanovila je programe *Medicare* i *Medicaid* 1965. Pojedinci koji se ne kvalificiraju za zdravstveno osiguranje koje pruža poslodavac (zbog nezaposlenosti, samozapošljavanja ili rada u malim poduzećima koja nemaju obvezu ponuditi grupno osiguranje) ili za zdravstveno osiguranje koje financira država moraju priskrbiti osiguranje kroz individualne police osiguranja. Zbog visoke cijene pojedinačnoga zdravstvenog osiguranja i praksi osiguravajućih tvrtki koje isključuju one koji imaju prethodne ili postojeće dijagnoze (tzv. *pre-existing conditions*), mnogi pojedinci ostaju bez osiguranja.

Slobodno tržište za financiranje zdravstva ne osigurava socijalnu pravednost, a promašaji na tržištu omogućuju osigurateljima da u praksi selekcioniraju rizike, ostavljajući najranjivije ljude neosiguranima.

Osiguranje zdravstvenih usluga također je "miješane" naravi. Ambulantna njega sastoji se većinom od privatnih ponuđača (obiteljskih liječnika opće prakse i specijalista), dok su bolnice profitne, neprofitne i javne. Većina onih koji imaju zdravstveno osiguranje bira osiguravatelja iz skupine umreženih ponuđača zdravstvenih usluga koji su pristali na nižu, prethodno ugovorenu tarifu, jer su tako njihova ukupna plaćanja "iz džepa" obično manja nego kad odaberu ponuđača izvan mreže. Čak i tada, većina planova pojedinačnoga i grupnog osiguranja podrazumijeva minimalna izdvajanja pojedinaca kako bi ostvarili pravo na isplatu premije osiguranja. Ta izdvajanja sežu od 500 sve do 10.000 dolara po kalendarskoj godini za planove osiguranja s visokim izdvajanjima, koja se nazivaju "računom za zdravstvenu štednju". Kad se udovolji zahtjevu za izdvajanjima, većina planova osiguranja pokriva 80 posto troškova, dok je nositelj police još uvijek odgovoran za suplaćanje do određenoga maksimalnog iznosa po godini. Oni koji se nisu osigurali, po pravilu plaćaju više, neugovorene cijene za iste usluge, te tako snose dodatan teret. Veliku većinu liječnika plaća se na osnovi izvršene usluge, a ne "po glavi" pacijenta, što znači da se svaka pružena usluga klasificira i naplaćuje odvojeno, čak i ako se pacijent liječi od iste bolesti. S obzirom na to da liječnici više zarađuju što više usluga pruže, sustav potiče visoku razinu uporabe testiranja i ispitivanja, što povećava troškove zdravstvenih usluga.

I način pružanja bolničke njega je fragmentiran, jer su prijam u bolnicu, bolnički tretman i usluge u nadležnosti različitih tijela. Primjerice, privatni liječnici koji ne rade za bolnicu, prije no što prime pacijenta moraju imati potpisane ugovore o primanju s bolnicama. Jedinica za hitni prijam u bolnici često je samo smještena unutar bolnice dok je u vlasništvu i/ili njome upravlja odvojeno tijelo. Drugi liječnici specijalisti (primjerice anesteziolozi) također ne moraju biti zaposlenici bolnice. Tako pacijent, nakon što je primio uslugu, može dobiti račun koji uključuje bezbroj stavki s naplatom pojedinačnih usluga, što uključuje naplate od osiguranja onih ponuđača unutar mreže (poput specijalista koji su vas primili), kao i onih izvan mreže (poput anesteziologa), za

koje pacijent često snosi puni trošak. Fragmentacija sustava zdravstvenog osiguranja i sustava pružanja zdravstvenih usluga uzrokovala je niz problema u zdravstvenom sustavu.

Problemi zdravstvenog sustava

SAD su jedina zemlja visokog dohotka u kojoj zdravstvenim sustavom upravlja tržište, za što postoji dobar razlog: većina zemalja visokog dohotka došla je do dobro poznatog zaključka da slobodno tržište ne funkcionira kad se primijeni u zdravstvu. S teorijskog stajališta, sustav upravljan tržištem pretpostavlja, među ostalim, relativnu jednakost dohodaka i posjedovanje potpunih informacija, pri čemu informirani pojedinci biraju zdravstvene usluge koje žele. Naravno da nije tako. Kako se zdravstvene usluge ne mogu uspoređivati s kupovinom cipela ili automobila, gdje tržište može dobro funkcionirati, tržišne su postavke promašene kad se primijene na zdravstveni sustav.

Prvo, zdravstvo se sastoji od javnih, meritornih i privatnih dobara (Hsiao, 1995). Javna su dobra ona dobra čija konzumacija od strane jedne osobe ne umanjuje količinu tog dobra koja je na raspolaganju drugima. U zdravstvu su primjer za to preventivne mjere i javno zdravstvo. Meritorna su dobra ona dobra čija konzumacija pruža veću društvenu nego privatnu korist, poput planiranja obitelji ili nekih usluga primarne zaštite. Zato je najbolje da financiranje zdravstva, kad je riječ o proviziji javnih i meritornih dobara, financira država, dok se provizija privatnih zdravstvenih dobara može efikasnije financirati kroz tržišne sile. Naposljetku, privatna su dobra ona koja donose korist isključivo osobama koje ih konzumiraju i kod kojih konzumacija od strane jednoga umanjuje konzumaciju od strane drugoga. Zbog njihove isključivosti, tržište ih može efikasno proizvoditi i distribuirati (Hsiao, 1995). Većina kurativnih medicinskih usluga i lijekovi pripadaju toj kategoriji.

Drugo, postoje i druge osobitosti sektora zdravstva. Nesavršena informiranost (poznata i kao "problem djelovanja") u sektoru zdravstva ne može se otkloniti pribavljanjem dodatnih informacija zbog visokih transakcijskih troškova. To stanje, koje primjerno obilježava asimetrična informiranost liječnika i pacijenta te liječnika i osiguravatelja, također opterećuju problemi moralnog hazarda i negativne selekcije rizika. Primjerice, pacijent koji traži zdravstveno osiguranje ima više informacija o vlastitom zdravlju nego osiguravatelj rizika. Istina je i to da su oni koji traže osiguranje ujedno i oni koji će ga najvjerojatnije upotrijebiti, bilo zbog postojećih informacija o svojem zdravstvenom stanju, bilo zato što je, jednom kada steknu osiguranje, veća vjerojatnost da će se rizično ponašati. Ta se dva slučaja nazivaju negativnom selekcijom rizika i moralnim hazardom. Da bi smanjili gubitak profita, osiguravatelji osmišljavaju planove osiguranja koji im omogućuju da odaberu najbolji, dakle najniži rizik, namećući ograničenja u pogledu prethodnih ili postojećih dijagnoza, uvodeći razdoblja čekanja za pokrivanje pojedinih bolesti ili jednostavno odbijaju osigurati pacijente visokog rizika. To remeti funkcije tržišta osiguranja i onemogućuje racionalno grupiranje zdravstvenih rizika. Visoki transakcijski troškovi tržišta osiguranja proizvode vrlo neefikasne rezultate (Woolhandler, Campbell i Himmelstein, 2003).

Posljedice zdravstvenog sustava

Istraživanja pokazuju da slobodno tržište za financiranje zdravstva ne osigurava socijalnu pravednost, a promašaji na tržištu omogućuju osigurateljima da u praksi selekcioniraju

rizike, ostavljajući najranjivije ljude neosiguranim (Hsiao, 2007). Posljedice takvog sustava u SAD-u dobro su poznate: trenutačno je oko 47 milijuna građana (oko 16,8 posto stanovnika do 64 godine života) neosigurano, što povećava njihov rizik, uzevši u obzir da neosigurani pojedinci običavaju odgađati posjet liječniku sve dok nije prekasno. Nadalje, neosigurani pojedinci po pravilu su najčešći korisnici usluga hitnog prijama, što ih izlaže daljnjemu financijskom riziku. Ne iznenađuje to što je 2007. u SAD-u 62,1 posto svih bankrota bilo povezano s troškovima liječenja i što je 92 posto tih dužnika imalo medicinske dugove veće od 5.000 dolara ili 10 posto neoporezovanoga obiteljskog dohotka (Himmelstein i dr., 2009). K tome, kako je zdravstveno osiguranje povezano sa zaposlenjem, otpuštanja uzrokovana financijskom i ekonomskom krizom izložila su još više pojedina riziku zdravstvenih problema, zbog povezanosti nezaposlenosti i propadanja zdravstvenog stanja, ali i zbog gubitka pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem.

interesi otežava oblikovanje politika, što u konačnici vodi kompromisnoj politici s podoptimalnim rezultatima. Ipak, u američkoj povijesti ima politika koje iskaču iz te kolotečine. Primjeri su donošenje Zakona o socijalnoj sigurnosti i program *Medicare*. Zakon o socijalnoj sigurnosti donesen je u vrijeme politike koja je iskočila izvan uobičajenih okvira kao posljedica velikog događaja koji je pokazao slabosti američkog društva – Velike krize. Zakon o socijalnoj sigurnosti, za čije je donošenje 1935. zaslužan Franklin D. Roosevelt, bio je dio New Deala, te se bavio pitanjima umirovljenja, nesposobnosti za rad i nezaposlenosti. *Medicare* je pridodan 1965.

Reforme zdravstvenog sustava tema su američke politike od Nixonova doba, ali potreba za reformom postala je nasušna u ranim 1990-ima zbog brzog porasta neosigurane populacije i povećanih troškova zdravstvene skrbi. Stvaranje upravljane skrbi, odnosno vertikalna integracija financiranja i pružanja zdravstvene skrbi u 1980-ima, bio je odgovor na povećane troškove

Tablica 1. Indikatori zdravstvenog sustava

Država	Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika (američki dolari, sadašnji tečaj)	Ukupna zdravstvena potrošnja (postotak BDP-a)	Očekivani ukupni životni vijek (godine)	Stupanj dječjeg mortaliteta (na 1.000 živorođene djece)
SAD	6.719	15,3	77,98	6,6
Kanada	3.917	10,0	80,35	5,0
Njemačka	3.718	10,6	79,13	3,8
Francuska	3.937	11,0	80,55	3,7

Izvor: Indikatori razvoja Svjetske banke.

Indikatori zdravlja u SAD-u također pokazuju da zdravstveni sektor loše funkcionira. Mortalitet djece gotovo je dvostruko veći nego u usporedivim razvijenim zemljama. Amerikanci u prosjeku žive kraće od svojih sjevernih susjeda, ali troše mnogo više na zdravstvo od bilo koje od usporedivih zemalja.

Te su brojke, zajedno s brojnim pričama pojedinaca o računima za liječenje koji su doveli do bankrota te pričama o smrti pacijenata koja se mogla izbjeći, masovni mediji predočili publici. Zdravstvo je bilo na dnevnom redu brojnih američkih predsjednika, no silazna spirala zdravstva, zajedno s izborom prvoga predsjednika afroameričkog podrijetla, donijela je potreban politički poticaj i otvorila "prozor mogućnosti" za reformu sustava koji je prije bio zatvoren.

Kontekst stvaranja politika u SAD-u

Poznato je da je proces stvaranja politika u SAD-u konzervativan. Promjene su rijetke i malog su razmjera. Iznoseno je više različitih teorija procesa stvaranja politika u SAD-u, no prema najnovijim institucionalnim teorijama, potrebnu reformu zdravstva spriječile su formalne institucije federalizma i prezidencijalizma, stvarajući brojne točke veta između institucija i različitih razina vlasti što je usporilo, pa čak i onemogućilo, proces stvaranja politika, potičući konflikt umjesto suradnje (Immergut, 1990). Drugi su tvrdili da se uzrok nalazi u većinskoj izbornoj sustavu s jednomandatnim okruzima koji vodi dvostranačkom sustavu u kojemu obje stranke obuhvaćaju velike razlike u svojoj izbornoj bazi. Pokušaj da se zadovolje svi

zdravstva kroz implementaciju mnogih kontrolnih mehanizama, kao što su "čuvari ulaza" (*gatekeepers*), liječnici sa stalnom mjesečnom plaćom i kontrola nad pridržavanjem procedura. Predvodnik tih organizacija zdravstvenog menadžmenta (HMO) bio je Kaiser Permanente u Koloradu. On je na početku doživio značajan uspjeh, ali se kasnije preoblikovao u druge modele zdravstvenog osiguranja (kao što su PPO i POS¹) zbog nezadovoljstva pacijenata kontrolom i nedostatnom fleksibilnošću sustava. No HMO-a je ostavio traga u američkome zdravstvenom sustavu, jer je stvorio sustav upravljanja troškovima zdravstva koji dijele osiguravatelji i ponuđači zdravstvenih usluga. Drugi dio propadanja američkoga zdravstvenog sustava činilo je rastakanje neprofitnih državnih sustava osiguranja tako što se dopustilo velikim privatnim osiguravateljima (poput WellPointa) da kupe tzv. *Blue Cross Blue Shield* tvrtke u 1990-ima i pretvore ih u profitna poduzeća.

Sadašnja reforma zdravstva

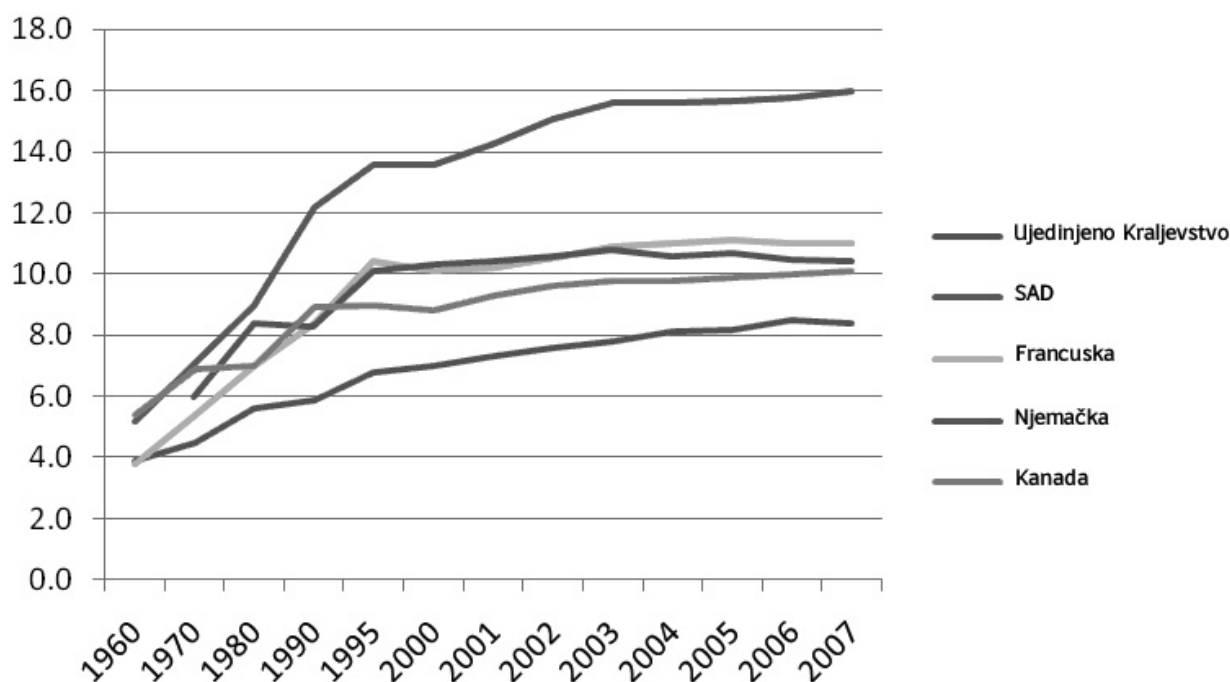
Sadašnji Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnoj skrbi izglasovan je 21. ožujka i proglašen 23. ožujka 2010. Bio je vrhunski primjer stranačke podjele, jer ga nije podržao nijedan republikanac. Njegov je glavni cilj riješiti problem neosiguranih, uz dodatke koji se odnose na upravljanje saveznom zajmovima za obrazovanje, kojima se upravljanje tim zajmovima stavlja u ruke države. Novi zakon implementirat će se postupno u razdoblju od četiri godine i predviđa se da će pokriti 32 od ukupno 47 milijuna trenutačno neosiguranih.

Zakon predviđa rješavanje problem neosiguranih tako što regulira neke prakse osiguravajućih tvrtki koje danas otežavaju ili onemogućuju pojedincima koji imaju prethodnu ili postojeću dijagnozu da budu osigurani, osnivajući poseban zajednički fond za visoke zdravstvene rizike. Taj fond pokriva pojedince s prethodnom dijagnozom na kratki rok, što im omogućuje kasnije uključenje u sustav regularnoga zdravstvenog osiguranja. Zakon, također, obvezuje države da ustroje baze podataka za zdravstveno osiguranje, koje omogućuju pojedincima da usporede i odaberu najpovoljnije planove osiguranja. On ukida ograničenja iznosa za doživotnu isplatu police zdravstvenog osiguranja, te uspostavlja sustav koji obvezuje pojedince koji trenutno nemaju zdravstveno osiguranje da ga kupe ili da plate novčane kazne. Istodobno, zakon predviđa subvencije za obitelji s niskim dohotkom koje sebi ne mogu priuštiti zdravstveno osiguranje. Nadalje, zakon dopušta roditeljima da zadrže djecu od 19 do 26 godina u svojim policama osiguranja, jer se očekuje da će se tako osigurati najveća skupina neosiguranih, s obzirom na to da je 29 posto osoba od 19 do 24 godine neosigurano, a blizu su i oni od 25 do 34 godine, među kojima je 26,6 posto neosiguranih.

doma odlučili su odustati od tog nacrt, s obzirom na to da je usvajanje zakona bilo važnije i za javnost i za političko preživljavanje Demokratske stranke.

Premda se zakon bavi problemom neosiguranih, usmjeraajući se na neke prakse osiguranja koje su ga uzrokovale, ne uspijeva riješiti samu srž problema. Naime, on odgovara na pitanje isključujućih praksi osiguravajućih tvrtki koje pogađaju pacijente s prethodnim dijagnozama, ali ne daje zadovoljavajući odgovor na drugi glavni problem koji proizlazi iz neosiguranosti: troškove. Novi zakon dotiče se problema troškova samo marginalno, predviđajući regulatornu proceduru koja federalnoj vladi daje ovlasti da nadzire i odobrava povećanja premija zdravstvenog osiguranja. No troškovi zdravstvenog osiguranja u SAD-u nisu se povećavali samo zbog osiguravatelja vođenih profitom, nego i zbog nereguliranih troškova zdravstvene skrbi koje nameću njezini ponuđači. Za razliku od nekih drugih zemalja članica OECD-a, gdje su cijene zdravstvenih usluga regulirane i transparentne, američki je sustav najgrublji oblik kapitalizma, u kojemu liječnička profesija ima monopol u određivanju cijena. Čini se da se novi zakon nada da će neizravno sniziti troškove zdravstvenih usluga, prisiljavajući osiguravajuća društva na

Grafikon 1. Potrošnja na zdravstvenu skrb (postotak BDP-a)



Izvor: podaci OECD-a iz 2010.

Zakon povećava i iznos sredstava za program *Medicaid* za siromašne kojim upravljaju države. Raniji nacrti zakona u Predstavničkom domu Kongresa uključivali su program javnog izbora prema kojemu bi država postala osiguravatelj i kupac zdravstvenih usluga, što bi omogućilo pojedincima da kupe jeftinije police osiguranja. Pristaše takva nacrt tvrdili su da bi on pojačao konkurenciju, snizivši cijenu drugih profitnih polica osiguranja. Protivnici, uglavnom osiguravajuća društva, tvrdili su da bi to bila nepoštena konkurencija i da bi izbacila iz posla profitna osiguravajuća društva. Zbog usijane rasprave i nemogućnosti da uvjere demokrate iz Senata, demokrati iz Predstavničkog

čvršće pregovore s ponuđačima (s prijetnjom da će ih isključiti iz svojih ponuđačkih mreža), ali nije izgledno da će to riješiti postojeći problem.

Politika reforme zdravstva 2010.

Usvajanje sadašnje reforme zdravstva bilo je opterećeno sporovima, pa se ona ne može uzeti zdravo za gotovo. Predsjednik je isprva pokušavao postići dvostranački konsenzus o reformi, ali je vrlo brzo postalo jasno da on nije moguć. Od tog

se pokušaja konačno odustalo nakon dvostranačkog samita u Blairvoj kući 25. veljače 2010. koji je prenosila televizija, a na kojemu se Obama sukobio s republikancima zbog pojedinosti u nacrtu zakona. Na tom su sastanku do izražaja došle temeljne razlike u ideološkim pozicijama o ulozi države u društvu između liberala i konzervativaca, pa je predsjednik zaprijetio republikancima da će zakon izglasovati samo demokrati. Zakon je usvojen 21. ožujka 2010, ali podrška u glasovanju nije ostala na pukoj dominaciji demokrata u zakonodavnom tijelu. U prošlim slučajevima, poput Clintonova prijedloga zakona o zdravstvu, demokrati su imali većinu, ali prijedlog zakona nije prošao. Ključna je razlika u odnosu prema Clintonovu pristupu reformi u tome što je Obama dao Kongresu da izradi prijedlog zakona. To se pokazalo kao dvosjekli mač, jer se – u nadi da će se tako povećati vjerojatnost da obje stranke podrže zakon – donošenje zakona prepustilo nemilosti tijela koje predstavlja mnoštvo lokalnih, socijalnih i ekonomskih interesa. Uz te razlike, zbog kojih je verzija zakona Predstavničkog doma bila prilično neugrapna, Senat je imao vlastite verzije koje su se razlikovale u nekim ključnim odredbama, kao što je izostanak "javne opcije". Predsjednikov tim učinio je ustupke, kao što je odustajanje od regulacije cijene lijekova, napuštanje javne opcije i zabrana federalnog financiranja pobačaja. Mnoge su skupine potonje smatrale udarom na prava žena. Ostali ustupci uključivali su nenačelnu političku trgovinu s državama, poput Alabame, kojima se u zamjenu za njihov glas pristalo financirati različite projekte. Ironija je u tome što to pokazuje nedostatak stranačke discipline, kao i to da američki politički proces osvajaju posebni interesi, jer iste "crvene" države (u kojima dominira Republikanska stranka), koje se protive tome da država regulira privatni sektor, prihvaćaju novac poreznih obveznika u zamjenu za glas za politiku koja je neuskladiva s njihovom ideologijom. Pregovori su rezultirali zakonom koji nije optimalan ishod ni za jednu zainteresiranu stranu. Međutim, mnogi su smatrali važnim da taj zakon, nesavršen kakav jest, prođe kao prijelazna podloga za buduće nadopune.

Zaključak

Usvajanje zakona o reformi zdravstva u SAD-u bilo je povijesni događaj, no proces u kojemu je donesen bio je buran i opterećen kontroverzijama. Novi se zakon usmjerava na probleme neosiguranih, ali ne uspijeva se nositi s nekima od glavnih krivaca za taj problem: profitnim osiguranjem, povećanjem troškova kojima upravljaju ponuđači i potražnjom kojom upravlja ponuda. Očekuje se da će implementacija reforme biti završena do 2014. Bit će zanimljivo pratiti razvoj tog procesa, a posebno hoće li zakon ispuniti ciljeve koje je zacrtao. To što je zakon prošao nesumnjivo ostavlja neizbrisiv trag u evaluaciji Obamine administracije. Nedonošenje zakona bila je neprihvatljiva alternativa, kad se uzme u obzir da je dio predizbornih obećanja bilo njegovo usvajanje u prvoj godini mandata. Da se to nije dogodilo, bio bi to dokaz slabosti nove vlasti i izostanka odlučnosti u reformama. Zakon otvara put predsjedniku da se pozabavi i drugim problemima koji zahtijevaju hitno rješavanje, poput reforme imigracijske politike. Demokrati se nadaju da će se usvajanje reforme i njezine pozitivne posljedice osjetiti do izbora za Kongres na sredini predsjednikova mandata. No vjerojatnije je da će odlučujući čimbenici u glasovanju Amerikana ove godine biti uspjeh u oporavku od sadašnje financijske i ekonomske krize. Naposljetku, James Carville je dobro rekao za vrijeme Clintonove kampanje 1992. godine: "To je ekonomija, budalo!"

Bilješke

- 1 *Preferred Provider Organizations (PPO) i Point of Service (POS) varijante su organizacija zdravstvenog menadžmenta (HMO). V. objašnjenje na: <http://www.healthinsurance.info/HIPPO.HTM>. Pristupljeno 6. svibnja 2010.*

Literatura

- Immergut, E. (1990). Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*. (10) 4: 391-416.
- Himmelstein, D. U., Thorne, D., Warren, E. i Woolhandler, S. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *American Journal of Medicine*. (122) 8: 741-746.
- Hsiao, W. (1995). Abnormal Economics in the Health Care Sector. *Health Policy*. (32) 3: 125-139.
- Hsiao, W. (2007). Why is a Systemic View of Health Financing Necessary? *Health Affairs*. (26) 4: 951-961.
- Sabatier, P. (ur.) (2007). *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press.
- Woolhandler, S., Campbell, T. i Himmelstein, D.U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine*. (349) 25: 768-775.
- World Bank, 2010. *World Development Indicators*. <http://www.worldbank.org>. Pristupljeno 6. svibnja 2010.

