

ЗЕМЉЕ КВИНТЕТА БРИКС: КАРАКТЕРИСТИКЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА И ПРОБЛЕМИ У ЊИХОВОМ ФУНКЦИОНИСАЊУ

Ибрахим Тотих¹

COUNTRIES QUINT BRICS: CHARACTERISTICS OF HEALTH SYSTEMS AND PROBLEMS IN THEIR FUNCTIONING

Ibrahim Totić

Сажетак

У овом раду се анализирају основне карактеристике здравствених система у земљама квинтета БРИКС (Бразил, Русија, Индија, Кина, Јужна Африка), које последњих година бележе најбржи економски раст на свету.

Циљне тачке истраживања су врсте система здравственог осигурања, политика финансирања, здравствена потрошња, здравствена инфраструктура и статус запослених који брину о здрављу преко три милијарде људи (42%) насељених на четвртину (25%) светске територије. У раду се идентификују слабости система, дефинишу разлози њиховог лошег функционисања и трага за решењима која би омогућила њихов савремени развој.

Осврт на постојеће разлике између урбаних и руралних регија даје раду пуни смисао. Оне толико утичу на здравствене раднике, нарочито на лекаре, да игноришу посао у руралним здравственим установама или да га мењају за боље плаћен у пољопривреди или у грађевинарству. У Бразилу, иако изванредно поштовани, лекари су принуђени да додатно раде како би остварили одговарајућу зараду. Русија има проблем вишка лекара и мањак других здравствених радника, док се Индија, Кина и Јужна Африка деценијама суочавају са фрустрацијама руралних лекара. У закључку је наведен поређавајући податак да здравље становништва у свим земљама квинтета БРИКС зависи од новца, и само од новца, а онда од других фактора које аутори могу наводити према сопственом нахођењу.

Кључне речи: БРИКС, здравствени системи, здравствена потрошња, очекивани животни век, традиционална медицина.

Summary

This paper analyzes the basic characteristics of health systems in the countries quinta BRICS (Brazil, Russian Federation, India, China, South Africa), which last year recorded the fastest economic growth in the world.

The target point of the research are the types of health insurance system, financial policy, health care spending, health infrastructure and the status of employees who care about the health of over three billion people (42%) settled a quarter (25%) of world territory. The paper identifies weaknesses in the system, define the reasons for their poor functioning and looking for solutions that would enable their modern development.

Review of the existing differences between urban and rural regions gives full meaning to the work. One such influence on health professionals, especially physicians, to ignore the work in rural health facilities or to modify it for better paid in agriculture or construction. In Brazil, although extremely respected, physicians are forced to work further in order to achieve adequate earnings. The Russian Federation has the surplus of doctors and lack of health care workers, while India, China and South Africa for decades faced with the frustrations of rural doctors. In conclusion, it is disconcerting given that the population's health in all countries depends quinta BRICS of the money, and only money, and then the other factors cited by the authors may at its discretion.

Keywords: BRICS, health systems, health care spending, life expectancy, traditional medicine.

¹ Ибрахим Тотих, Државни универзитет у Новом Пазару, Департман за право и Департман за економију, Нови Пазар.

УВОД

Идеја за писање овог рада настала је као реакција на реченицу „да потрошња медицинских услуга не може бити одложена у времену и да се здравствена услуга не памти“. Дилема шта је њен аутор хтео рећи остаје. Али постоје поуздани докази да се многе здравствене услуге управо памте, а многе се никада не пруже/не користе, или се из различитих разлога свесно одлажу. Рецимо не могу бити финансиране. Осим тога много је здравствених услуга које немају промптне захтеве за пружање/коришћење, јер су процедурално везане за стриктне рокове, за специфичне даваоце и/или кориснике, као и за специфичне услове. Како би се иначе тумачила сврха увођења листи чекања (листе „одложене смрти“), обављања вакцинација и ревакцинација и/или комисијских обрада кандидата за издавање различитих уверења или за одлазак у пензију? Здравствене процедуре које могу, а често и морају бити одложене већином су изум земаља у којима функционише Боврицов (Beveridge) модел здравственог осигурања (Велика Британија, Данска, Норвешка, Финска) са фантастичним обухватом популације и до 93%. Такође, у земљама које користе Бизмарков (Bismarck) модел (Немачка, Француска, Аустрија, Швајцарска), многе услуге услед различитих околности не морају бити пружене у моменту изражене потребе. У Сједињеним Америчким Државама пре Обаминах реформи 2009. године, скоро 40 милиона људи није имало ниједан облик здравственог осигурања, јер нису имали уговоре са профитабилним осигуравајућим компанијама (провајдери).

Могућност одлагања здравствених услуга постоји и у здравственим системима земаља квинтета БРИКС (Бразил, Русија, Индија, Кина, Јужна Африка), чије су економије парадигма савременог привредног развоја. Њихов први проблем је отежан приступ здравственим услугама услед недовољног или никаквог обухвата становништва здравственим осигурањем. Проблеми о којима је реч нису само израз немоћи влада да обезбеде потребне ресурсе, већ су израз непоштовања доктринираних докумената Светске здравствене организације (СЗО) од стране грађана који су „...дужни да воде такав стил живота који би факторе ризика свео на најмању меру, а друштво се обавезује да ствара такве услове живота у којима ће ризични фактори бити значајно смањени“.¹ Сигурно је да би већина

становништва ових земаља одговорила обавези, али нема прилику. Многи немају никакве приходе и зато не уплаћују порезе, доприносе или премије. На тај начин значајно утичу на неприступачност услугама и на обухват здравственим осигурањем јер не испуњавају потребне услове који обезбеђују неки од његових облика. Осим тога, изражајне специфичности ових земаља (географске, традиционалне, културолошке) доприносе да њихови здравствени системи не функционишу на задовољавајући начин.

По много чему је сама сврха формирања овог савеза занимљива јер, и поред тога што чине велику групу, земље квинтета БРИКС немају много додирних тачака. Различите су им политичке орјентације, друштвени системи и културе, а посебно здравствена. Оне немају ниједан формалан споразум из области економије, политике и других животних области који би их на нешто стриктно обавезивао. Сарадња на здравственом плану је недовољна иако се здравствени трендови у неким од њих одвијају на сличан или истоветан начин. На пример, традиционална медицина, која је у Индији и Кини синоним бриге о здрављу људи, није успела да приближи њихове здравствене системе. То ће, могуће је, поћи за руком инвеститорима чије су будуће намере да у овим земљама истисну јавни (државни) здравствени сектор и унапреде приватни. У Индији је то већ урађено, насупротив Кини која још нема намеру да се одрекне комунистичког наслеђа.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Зашто су циљ баш земље квинтета БРИКС и зашто њихови здравствени системи? Зато што не представљају природан савез, „расуте“ су на четири континента и све их због огромног пространства карактеришу разлике између руралних и урбаних регија. Бразил је имао велике проблеме. Пространа земља, висока стопа криминала, економија парадигма лоших резултата, много несигурности и широка палета социјалних, незаразних болести. Данас је све другачије. Земља привредно напредује, а здравствени систем, иако лоше оцењен од стране експерата Светске здравствене организације (СЗО), има перспективу и прави је рај за приватне осигуравајуће компаније. Русија је наследила уставну обавезу од претходника, Савеза совјетских социјалистичких република (СССР), да сваком грађанину гарантује потпуну и бесплатну

здравствену заштиту. Гаранција је била одржива док је Семашков модел здравственог осигурања, иако продукт ригидне и командне здравствене политике и економије правилно функционисао. Распадом поменуте државе и формирањем Русије, 1991. године, здравствени систем је доживео бродолом и значајно је од себе удаљио већину становништва.

Индија и Кина, са највећим растом бруто друштвеног производа (БДП) на свету јесу прави титани у економском смислу, али у социјалном нису. У Индији доминира приватни здравствени сектор, а у Кини јавни (државни) сектор. Ниједан од њих због велике дискрепанције између руралних и урбаних регија није довољно оспособљен да грађанима пружи адекватну социјалну сигурност. Мања од свих и последња чланица квинтета БРИКС, Јужна Африка нема предиспозиције претходница. Иако привредни прогрес није споран, проблема има исувише. Здравствени систем ни после спроведених реформи није много напредовао. Осуђен је на дугогодишње ангажовање лекара из иностранства, јер није у стању да их у довољној мери образује. Занимљиво је да има потписане споразуме са Кубом, Тунисом и Ираном о едукацији здравствених радника, а нема са земљама квинтета, којима однедавно припада.

БРАЗИЛ

Последњи извештај компаније Фрост и Саливен (Frost&Sullivan) показује да је Бразил на здравственом тржишту у 2009. години остварио приходе од 22,1 милијарду долара, уз процене да ће до краја 2012. године остварити невероватних 129,9 милијарди.² И поред тога, његов здравствени систем је суочен са низом тешких проблема, нарочито у здравственој заштити становника руралних подручја. Да би се проблеми макар ублажили, покренуте су 1980. године здравствене реформе и предузете конкретне акције у корист становништва које је било изван система социјалне сигурности. Резултат реформи је да се свим грађанима Бразила од 1988. године уставом гарантује неутуђиво право на потпуну и бесплатну здравствену заштиту коју финансира бразилска влада из централног буџета. Она је у домену Јединственог здравственог система (Unico Sistema de Saúde – SUS), који је резултат мерцера (спајање) јавног (државног) здравственог система и Националног института за медицинску помоћ и социјалну сигурност (Instituto Nacional de Assistência medica Da Previdência Socijalno – INAMPS).³

Недавно је бразилски Институт за географију и статистику (ИБГЕ) обелоданио податке да је очекивани просечан животни век бразилског становништва са 69,66 година у 1998. години повећан на 73,5 година у 2010. години. То је изванредан успех у односу на 1940. годину, када је износио само 45,5 година.⁴ Али то није довољно, тенденција је да он достигне 70 година за мушкарце и 77 година за жене. Питање из овог угла је шта се тиме добија ако је у Бразилу крајем исте године број становника старијих од 60 година премашио 24 милиона или 12,5 % укупне популације. Досадашња искуства су да је старија популација највећи потрошач здравствених средстава и потпуно је нормално да ће продужени животни век утицати на пораст здравствене потрошње. Дакле, не треба сумњати у процене да ће потребе остареле популације додатно оптеретити државни буџет и да ће у наредних пет година здравствена потрошња достићи 200 милијарди долара. Ионако посматрана на годишњем нивоу и у укупном обиму одавно прелази 8% од бруто друштвеног производа (БДП), што је у равни са већим бројем развијених земаља, чланица Европске уније. Током 2007. године износила је 8,5%, 2008. године 8,3%, 2009. године 8,8%, а 2010. године 9% бруто друштвеног дохотка (БДП). Дакле, из године у годину има тенденцију раста.⁵ Јавна (државна) здравствена потрошња коју покрива Јединствени здравствени систем (СУС) креће се око 3,1% бруто друштвеног производа (БДП) и у укупној здравственој потрошњи учествује са 40%. Преосталих 60% је (упркос уставном ограничењу) учешће приватне здравствене потрошње која се односи на припаднике добростојећих слојева становништва и на омладину. Здравствена потрошња *per capita* становника у Бразилу на годишњем нивоу износи 943 долара. Овај податак може створити недоумицу јер је на страни добростојећих слојева друштва, наспрам становника фавела оптерећених сиромаштвом и социјалним безнађем.

Бразилска привреда је тек задњих деценија успела да стане уз бок великим економским силама. На путу према глобалном привредном развоју и као чланица квинтета БРИКС, поставила је нове стандарде и постала девета економија на свету. Будући да су претензије већег обима, очекује се да ће до краја 2012. године заузети повољнију позицију. То улива оптимизам да ће се стање у здравственом систему поправити у односу на прве године од конституисања када је функционисао без потребне подршке. Тренутно

се трага за новим могућностима ради постављања чврсте основе за даљи развој здравственог система с обзиром да потенцијали реално постоје. Они су у сталним и већим личним приходима становништва који морају формирати издашне и одрживе финансијске ресурсе, повећати обим здравственог осигурања и ојачати укупну грађанску свест.

У Бразилу је у 2005. години 7,5 хиљада болница функционисало у два сектора. У приватном сектору 4.561, а у јавном сектору 2.939 и заједно су поседовале 443.210 болничких постеља. Јавне болнице поседовале су 148.966, а приватне болнице 294.244 постеље у којима је било преко 13 милиона хоспитализација са просечним боравком од 5,9 дана. Исте године здравствени систем је располагао са 870.361 радним местом која су покривали здравствени радници–професионалци. Од тога су 61% лекари, 13% медицинске сестре–техничари и 8,2% стоматолози. Преосталих 18% радних места покривали су остали високи професионалци. У 1992. години било је 307.952 лекара, а у 2005. години 527.625.⁶ Процене су да је техничко и помоћно особље здравственог сектора распоређено на око 1,4 милиона радних места.⁷ Проблем Бразила је што је према проценама Светске здравствене организације (СЗО) ангажовано медицинско особље у систему здравствене заштите (нарочито примарне) неадекватно светским стандардима и што је још далеко испод регионалног просека. На пример, у току 2010. године 17,2 лекара и 65 медицинских сестара–техничара бринуло је о здрављу 10 хиљада становника, уз изражен проблем непокривености руралних подручја (Амазонија и североисточни делови земље). Што се тиче броја болница, он није обухватио све врсте филантропских. Изузете су све оне у којима најмање 60% свог лечења финансирају сами болесници. Већина њих обезбеђена је прилозима и донацијама филантропа који имају посебан мотив или једноставно желе да помогну припадницима вулнерабилних категорија да на лакши начин дођу до доброг здравственог статуса.

Децентрализација као резултат делимично спроведених здравствених реформи учинила је своје. Државни (јавни) сектор контролише основну, дакле превентивну здравствену заштиту, а приватни здравствени сектор у својим здравственим установама пружа скоро све врсте здравствених услуга. Федералне јединице (и општине) добиле су већу улогу у оквиру здравственог система, али је бразилска влада и даље остала једини финансијер јавне (државне) здравствене потрошње. Средства за финансирање здравственог осигурања обезбеђују

се из буџета у који своје пореске обавезе и доприносе за обавезно здравствено осигурање уплаћују запослени из својих зарада и послодавци из пореза на пословну добит. Насупрот јавном (државном) здравственом сектору, други део укупних здравствених издатака покривају институције приватног здравственог осигурања. Успех приватног сектора подржан је управо слабостима јавног (државног) сектора, пре свега лошим квалитетом здравствених услуга и неефектним трошењем финансијских буџетских средстава. Приватно здравствено осигурање је одавно опција добростојећих Бразилаца и кључни покретач развоја здравственог система. Његова улога је доказана кроз велики број компанија које нуде своје услуге здравственог осигурања, посебно радницима са сигурним приходима и/или њиховим послодавцима. У току 2010. године, главну реч на бразилском здравственом тржишту водило је осам домаћих јавних (државних) компанија са 69% удела у укупним здравственим пословима. Приватно здравствено осигурање данас обезбеђује здравствену заштиту за скоро 32 милиона Бразилаца, односно за 20% укупне популације.

Национална здравствена политика уопште заснива се на јачању оперативног капацитета Јединственог здравственог система (СУС). Њена главна преокупација везана је за здравље деце. Њено конкретно спровођење током задњих година довело је до побољшања укупног здравља младе популације. У последњих 30 година знатно је смањена стопа смртности новорођенчади и напоскон се у 2008. години, зауставила на броју 22 од хиљаду, што је за 61% боље него 1990. године. Стопа је, мерено међународним стандардима, и даље веома висока.⁸ Смртност деце од једне године смањена је за изванредних 60%. Задовољни постигнутим резултатима, званичници УНИЦЕФ-а су обелоданили да је од укупно 195 анализираних земаља са најбољом стопом побољшања преживљавања деце испод 5 година, Бразил међу 25. Према речима Кристине Албукерке (Cristina Albuquerque), координатора УНИЦЕФ-а за опстанак и развој одојчади, „Бразил је пролазио кроз велике тешкоће, много је доброга направио, али није време за славље, већ за размишљање о многим изазовима које још треба превладати...“⁹

РУСИЈА

Здравствена заштита у Русији представља једну од основних јавних (државних) функција и делатност од посебног друштвеног интереса, али

и револуционарну тековину. Ово је рефлекс из времена Савеза Совјетских Социјалистичких Република (СССР), државе која је прва у свету уставом прокламовала обухватну и бесплатну здравствену заштиту за све своје грађане. Њеним нестанком уследио је економски стрмоглав, прљава приватизација, пораст стопе криминала и експериментисање у многим деловима јавног (државног) сектора, па и у здравственом. Под пресијом финансијских тешкоћа, стагнације економије, смањивања буџетског импулса и либерализације цена, Врховни савет тадашње Руске Совјетске Федеративне Социјалистичке Републике (РСФСР), донео је закон о здравственом осигурању грађана 28. јуна 1991. године. Међутим, закон није обезбедио институционални оквир у складу са принципом солидарности, а и коришћење здравствене заштите заснивало се на ризичном осигурању. Подвргнут коренитим изменама и допунама, поново је ступио на снагу 02. априла 1993. године, као интегрални део законодавства који дефинише врсте здравственог осигурања и обим права, облике здравствене заштите и медицинске процедуре.

Потребе становништва Русије за већим обимом медицинске заштите расту из дана у дан, а расположиви здравствени капацитети не задовољавају критеријуме који могу да адекватно одговоре изазовима здравствене тражње. Издвајања из буџета (буџетирање) за потребе здравственог система, креатори финансијске политике врше на основу прорачуна који одређује стандард буџетске довољности. Прорачунавање (буџетирање) финансијских средстава врше помоћу економских анализа, а на основу података о извршењу из претходних година, обично од једне до три године. На тај начин пројектовани параметри дефинишу обим сваког будућег појединачног трошка, његову динамику и утицај различитих фактора на његове разлике у односу на остале ставке. У принципу, то је политика планирања здравствене потрошње која је у Русији за 2008. годину захватала 3,7% бруто друштвеног производа (БДП), двоструко мање него у развијеним земљама, чланицама Европске уније, али мање и од земаља квинтета БРИКС којој она припада. Агенција Росстат је објавила да је њена здравствена потрошња нижа и од оне у суседној Белорусији, где износи скоро 4% бруто друштвеног производа (БДП). Сви статистички извештаји о здравственој потрошњи у Русији говоре да је у питању врло немирна економска категорија и да из године у годину бележи раст.

Према релевантним подацима, само у 2008. години порасла је за скоро 12 милијарди рубаља у односу на 2007. годину, а у току 2009. године пораст у односу на 2008. годину износио је 7,2% или скоро 16 милијарди рубаља.

За креирање система здравствене заштите који би задовољио постављене критеријуме потребна је уређена оптимална здравствена инфраструктура, законска регулатива, стандардни економски услови,¹⁰ односно сигурни и одрживи финансијски ресурси и методе за обезбеђивање мотивисаности здравствених радника. На крају 2000. године, под ингеренцијом Министарства здравља биле су 8.862 болнице, 1.532 профилактичка центра, 17.689 амбуланти, 580 домова за опоравак и 927 стоматолошких клиника. Исте године, али у оквиру система обавезног здравственог осигурања (Compulsory Medical Insurance – СМИ) функционисале су 5.632 болнице, 282 профилактичка центра, 8.537 амбуланти и 764 стоматолошке клинике.¹¹ Због неповољне укупне ситуације у земљи и све тежег положаја институција здравственог система, на ред је дошло њихово смањење, које је на крају 2001. године износило 2,4%. Број амбуланти смањен је за 0,5%, а профилактичких центара за 1,9%, што није био успех вредан пажње. Анулиран је повећаном хоспитализацијом пацијената за високих 0,6%.¹² Оцене Светске здравствене организације (СЗО) су да је Русија имала богату и разуђену здравствену инфраструктуру. Здравствени систем је располагао укупно са 10.600 болница и са 1,6 милиона лежача и 21.300 амбулантних објеката, увек спремних да у једној радној смени пруже неопходне услуге за 3,6 милиона болесника. Међутим, на старту 2005. године, 7.951 здравствени центар, 2.330 амбулантно-поликлиничких институција и 827 стоматолошких клиника нису имале одговарајуће капацитете који би задовољили здравствене потребе становништва.¹³

На почетку 2008. године, здравствени систем Русије запошљавао је преко 3,5 милиона здравствених радника и сарадника и то 616,4 хиљаде лекара и 1,349 милиона медицинских сестара. Будући да је закључак Светске банке (World Bank)¹⁴ и Светске здравствене организације (СЗО)¹⁵ да Русија у односу на стандардне препоруке има вишак лекара и мањак медицинских сестара, интересантно је навести да је у току 2004. и 2006. године забележена стагнација, да би у 2008. години уследило одређено повећање. О здрављу 10 хиљада осигураника бринула су 2004. године 42,4 лекара, 2006. године 43 лекара, а 2008. године 43,3

лекара, што је прилично уједначен однос. Однос лекар/медицинско особље са средњим нивом образовања кретао се 1:2,2.¹⁶ Упркос чињеници да су лекари у Русији *per capita* становника изнад просека и у односу на развијене земље, квалитет здравствене заштите је ипак на ниском нивоу. Већина здравствених индикатора одражава низак степен ефикасности националног система здравствене заштите, лошу обуку лекара и слабе подстицаје за професионални развој. То је један од разлога што Русија у току једне године губи више становника од било које земље на свету. У задњој деценији XX века, очекивани животни век руског грађанина пао је са 70 на 65 година, с тим што је у том распону угроженији живот мушке популације. Мушки становник Русије у просеку живи 13 година краће него његов женски пандан. Просечан животни век мушкараца је 60,4 године, а жена 74,1 година.¹⁷ Извесно је да здравствени систем на овом нивоу још нема адекватне механизме за ефектну борбу против различитих проблема, на срљљивих заразних и незаразних болести (туберкулоза, карцином, сида) које у налету просто косе руску популацију која је сваке године мања за скоро милион људи.

Тренутно је у Русији у току спровођење програма „Здравље“ („Здоровье“), чији је основни циљ формулисање, израда и усвајање Закона о пружању бесплатне медицинске неге грађана, Закона о обавезном здравственом осигурању и система за праћење имплементације програма владиних гаранција до 2015. године. За активности које промовише овај приоритетни национални здравствени пројекат за период од три године (2009–2012), обезбеђена је финансијска подршка од 3,8 милијарди рубаља. Актуелни здравствени систем је у таквом стању да су корените промене насушна потреба. Сврха промена била би најпре обука и преквалификација лица са недовољним и напредним знањем како би се обезбедила економска и клиничка ефикасност примене напредних информационих технологија и нових здравствених метода (здравствено просвећивање, превентива, дијагностика, куратива). Промене су потребне и ради постизања баланса у броју запослених/потребних лекара, односно медицинских сестара и осигураника. Оне су у ствари нужне ради елиминација неравнотеже на свим нивоима кадровске структуре здравственог система. С обзиром да оне изостају, постају опора понављања званичника, како „организација кадровске политике мора бити у складу са образовним политикама у систему континуираног професионалног образо-

вања“. Томе треба коначно стати на пут. Једноставно треба поћи од истине; лекари су као нико осетљиви на новац и зато им треба утврдити коректну зараду. Она и друге стимулације биће мотивација да се побољшају професионалне квалификације и запосленост доведу у баланс. Када су лекари финансијски повређени, тада најпре престаје колегијалност, а онда ништа није искључено, ма шта о томе ко мислио. Зар изненађујуће висок ниво корупције и „сарадња“ са представницима фармаколошке индустрије нису томе најбољи докази?

ИНДИЈА

Расправа о здравственом систему Индије, врло значајне чланице квинтета БРИКС, супротна је осталим чланицама из простог разлога, што је у питању највећи приватни здравствени систем на свету. Многи би помислили да је амерички, али није, и нису томе допринеле реформе Барака Обаме из 2009. године. Индијски приватни здравствени систем је и пре тога био у значајној предности. Последње оцене експерата компаније Фрост и Саливен (Frost & Sullivan), да је Индија у здравственом погледу најперспективнија светска економија са неограниченим тржиштем које не престаје да се шири, све говоре.¹⁸ Ова компанија је обелоданила да је индијска здравствена привреда у 2010. години достигла вредност од близу 40 милијарди долара и ако настави у том ритму, очекивања су да ће већ 2020. године достићи невероватних 280 милијарди долара. Улагања у индијску здравствену инфраструктуру и савремене информационе технологије (ИТ) су енормна. Њихова процењена вредност према истом извештају из 2010. године износила је невероватних 244 милиона долара. Верује се да ће у наредној деценији за исте намене бити просечно улагано (домаћи и страни инвеститори) око 20% њене садашње вредности. Тренутно су најатрактивније инвестиције усмерене у изградњу здравствених објеката, првенствено болница, јер њихове услуге учествују са преко 80% у укупној здравственој заштити. До 2015. године, требало би да достигну вредност од 81,2 милијарде долара. Зашто су ови подаци посебно важни? Зато што се у процесу приватизације Индија није најбоље снашла. Платила је високу цену заостајања иза Кине, нарочито у погледу привлачења страних директних инвестиција (СДИ). Због тога је њен јавни (државни) здравствени сектор био просто осакаћен.

Међутим, крај прве деценије XXI века показао је праву слику која говори да су у индијском здравственом систему коренито промењене и инвестициона политика и инфраструктура. До 2010. године, стране директне инвестиције (СДИ) усмерене у болничке капацитете и у дијагностичке центре достигле су износ од 1,34 милијарде долара. Али ту се листа страних улагања не завршава. Стране директне инвестиције (СДИ) усмерене у фармацеутску производњу и медицинску апаратуру од априла 2000. године до марта 2012. године процењене су од Одељења за индустријску политику и промоцију (DIPP) на 9,19 милијарди долара. Оне су великим делом допринеле да приватни здравствени сектор несразмерно доминира у односу на јавни (државни) здравствени сектор. Толико га је потиснуо да му је упркос евидентном сиромаштву, препустио још само толико да се бави пружањем најситнијих услуга из домена превентивне здравствене заштите. Још крајем 1997. године, индијска државна статистика је објавила податак да он у здравственом систему Индије располаже са преко 75% људских ресурса, са 68% од 15.097 постојећих болница и са 37% од 623.819 расположивих болничких постеља. Од дана стицања независности 15. августа 1947. године, све врсте здравствених услуга у обиму од 8% обезбеђивао је преко квалификованог медицинског кадра. Временом је толико ојачао да је контролисао здравствене услуге у обиму од преко 80% или 60% свих врста здравствених послова.

На крају 2000. године, приватни здравствени сектор је запошљавао више од 75% лекара–алопата, којих је било преко 550 хиљада регистрованих и око 90% официјелних лекара, од тога око 700 хиљада регистрованих.¹⁹ Лекари–алопате су стубови традиционалне медицине која има значајну улогу у индијском здравственом систему. Регуларно се изучава на преко 165 факултета који поседују уредну лиценцу за рад (акредитација) и на њима годишње дипломира између 15 и 20 хиљада нових лекара–алопата. То је индијска традиција, стара колико и индијска медицина, преко 3 хиљаде година. Први значајнији трагови о медицинском образовању налазе се у списима Караке и Сусрута, познатим као Ајурведа (Ayur-Veda),²⁰ односно наука о животу (ajur – живот и veda – наука). И поред алопата и официјелних лекара, лекари су данас велики проблем у Индији. Прво, нема их довољно, а друго, све је већи број оних који игноришу здравствену службу у руралним областима и мањим градским болницама.

Пружање здравствене заштите од стране јавног сектора је одговорност државне власти, односно локалне и централне владе. Она подразумева све врсте услуга из области здравствене заштите, фокусирање на медицинско образовање, фармакологију, стабилизацију и на контролу болести које прете становништву. Национални здравствени програми које кроз своју званичну политику спроводи централна влада предвиђају акције везане за репродуктивно здравље, заштиту деце и контролу заразних болести (маларија, туберкулоза, синдром стечене имунодефицијенције – СИДА (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) и утврђују се за различите нивое. Не желећи да живи са проблемима које је дужна да решава, индијска влада је 2005. године покренула пројекат Национална мисија здравља у руралним областима (National Rural Health Mission – NRHM), који је као део званичне политике предвиђао бољи приступ основним услугама здравствене заштите. Програм је обухватао око 72% индијске популације.²¹

Јавни (државни) здравствени систем обухвата велики број различитих институција: амбуланте, установе за пружање основне здравствене заштите, мале болнице, чије службе пружају специјалистичке здравствене услуге, и велике болнице, у којима се пружа/користи терцијарна здравствена заштита. У њему је до 2000. године функционисало преко 17 хиљада болница, од којих је око 34% делатност обављало у руралним подручјима. Такође, од 26 хиљада диспанзера, скоро 40% пословало је у руралним подручјима. У руралним областима су постојале 24 хиљаде примарних центара здравствене заштите (Primary Health Centre – PHC) и око 140 хиљада подцентара. Разлика између руралних и урбаних здравствених садржаја је што се за 100 хиљада становника у урбаним срединама здравствена заштита обезбеђивла у 4,48 болница, 6,16 диспанзера и 308 болничких постеља, а у руралним областима о 100 хиљада становника бринуло је 0,77 болница, 1,37 диспанзера, 3,2 центра примарне здравствене заштите са 44 болничке постеље. Од преко милион болесничких постеља са којима су располагале здравствене установе, само 23% је припадало установама у руралним областима.²² Данас водећу примарну здравствену заштиту обезбеђује мрежа од 146.036 здравствених подцентара (Health Sub-Centres – HSC), 23.458 центара примарне здравствене заштите (Primary Health Centre – PHC) и 4.276

општинских здравствених центара (Community Health Centres – CHC). Уз агилност свих влада (општинска, државна, централна) дошло је до значајног помака у модернизацији здравствене инфраструктуре на свим нивоима. Саграђено је 9.144 подцентра, 1.009 центара примарне здравствене заштите (Primary Health Centre – PHC), 435 општинских здравствених центара (Community Health Centres – CHC) и 57 окружних болница (district hospitals, DH). Осим тога, надograђено је или реновирано још 8.997 подцентара, 2.081 центара примарне здравствене заштите, 1.255 општинских здравствених центара и 357 окружних болница.²³

Здравствена јавна потрошња у Индији износи нешто испод 1% бруто друштвеног производа (БДП), док Светска здравствена организација (СЗО) препоручује највише 5%. Влада скоро целу последњу деценију није била у стању да се приближи свом жељеном циљу, издвајањима од 3% бруто друштвеног производа (БДП) на годишњем нивоу. Укупна здравствена потрошња је на врло ниском подеоку у поређењу са потрошњом у другим земљама или са утврђеним светским стандардима. Она тренутно износи само 0,9% бруто друштвеног производа (БДП), а чине је примарна здравствена заштита са 20%, секундарна са 45% и терцијарна са 35%. Поставља се питање зашто је приватни здравствени сектор толико доминантан и да ли осигуравајућа друштва и компаније имају било какав интерес из перспективе очувања општег здравља становништва, ако оно по својој природи захтева позамашна финансијска улагања. Одговор је близу. Према извештају Ернст и Јанг (Ernst & Young) стоји да до краја 2012. године Индија има прилику да инкасира око 2 милијарде долара тако што би преко осигуравајућих друштава довела у своје здравствене установе око 2 милиона пацијената. Индијска понуда у области хирургије и офталмологије је импресивна и гарантују је 10 хиљада врских лекара из поменутих области.²⁴ Плаћање здравствених услуга из сопствених ресурса (out-of-pocket) велики је терет за индијске грађане, а очекивања су да ће бити још већи. Наиме, у Индији је од стицања независности 1947. године до данас очекивани просечни животни век (показатељ укупног здравља становништва) са 50 порастао на 64 године, и природно је да ће бити селектирања клијентеле која може закључити уговор о здравственом осигурању.

КИНА

Парола – „Уз Вашу сарадњу и наше искуство ми ћемо водити рачуна о Вашем драгоценом здрављу“ – може се прочитати у свакој кинеској здравственој установи. Народна Република Кина је од дана стицања независности, 01. октобра 1949. године, интегрисала традиционалну и официјелну медицину или како је Кинези зову, западњачку медицину (xī yī).²⁵ Крајем XX века традиционалном медицином се бавило преко 500 хиљада Кинеза. Било је 28 факултета са преко 30 хиљада студената и 56 института који су се бавили изучавањем традиционалне кинеске медицине. Светска здравствена организација (СЗО) је 1976. године, препоручила употребу вештина и метода традиционалне кинеске медицине, базирајући се на кинеским искуствима која су касније послужила другим земљама. Предлог је прихваћен, а имало је основа, јер је још 1975. године у Пекингу формирана Академија за традиционалну медицину Кине која је наследила прве записе из области медицине, међу којима и књигу „Хуанг ди неи јинг“, написану 500 година п. н. е.²⁶ Grosso modo Мао-ера је донела много измена. Посебно су значајне измене у здравственом сектору кога су стварали „босоноги лекари“.

Унапређене су здравствене установе, медицинске процедуре и освежена је примарна здравствена заштита у регијама у којима је официјелни лекар био права непознаница. Својим доласком и радом официјелни лекари су заслужни за смањење смртности новорођене кинеске деце. Искоренили су богиње, преполовили полне болести а и над туберкулозом су стекли супремацију.²⁷ Али суочимо се са апсурдом. Ти исти Кинези данас немају право на широку породицу. Једно или ниједно дете, иначе нису више слободни Кинези. То предвиђа закон и то врло строг Закон о планирању породице. И опет апсурд, становништво стари и додатно увећава здравствену потрошњу, тако да одмах следе питања (нису нехумана). Да ли је боље штитити здравље старих лица која немају већих изгледа за бољи живот и од којих друштво нема посебне користи или спречавати младе да формирају породицу и рађају, и да ли је омладина у свакој земљи заиста њена будућност? Веома крупна дилема, вредна апострофа. Међутим, Кинези контрапитањем дају конкретан одговор. Која то земља може здравствено да збрине, „напиринча“ и обуче све што би се у Кини родило? Зато је контролисање наталитета

неопходно. Иако поносни на продужење просечног животног века који је од 1949. године до краја 1979. године скоро удвостручен (са 35 година скочио је на 68 година), Кинези управо од њега и највише стрепе. Реално стрепње имају основа с обзиром на процене да ће до 2025. године, кинеско становништво старије од 65 година достићи 266 милиона или 16,4% од укупног броја становника, а до 2050. године 437 милиона или 31% укупног броја становника.²⁸ То значи да здравствена потрошња постаје стална кинеска мора.

Кинеска влада је закључила да је направљен пропуст што раније нису охрабрени инвеститори да оснивају приватне болнице него се још увек задржао стари модел планирања по коме су оне морале бити у државној својини. Верује се да би био спречен раст цена здравствених услуга, да би ојачала конкуренција, а пружање здравствене заштите би између себе поделило више провајдера. Ублажио би се проблем старења становништва, миграција и пораста популације, што сад има великог утицаја на повећање здравствене потрошње са којом се Кина суочава брже од осталих земаља.²⁹ Док многи економисти упозоравају на бирократско понашање, неефикасност и на монополско деловање јавног (државног) здравственог система, лауреат Нобела Пол Кругман истиче његове предности: „...јавни сектор штеди на административним трошковима које приватне осигуравајуће компаније праве, да би се идентификовале и приказале купцима као скупе и способне да преговарају са добављачима, посебно са фармацеутским компанијама у правцу нижих цена медикамената... Приватним осигуравајућим компанијама ипак треба дозволити да уђу у простор здравственог система, јер не постоји штета ако могу да опстану пружањем бољих здравствених услуга који би им омогућио да остваре профит... Оне могу да подстакну бољу контролу над свим врстама трошкова.“³⁰ Потребу да се снабдевање здравствених услуга приватизује треба подржати. И други мисле да постоје многа позитивна искуства у земљама у свету у коме приватне болнице цветају... Кина не треба да приватизује све јавне болнице, само треба да омогући невладиним болницама да постоје и да се такмиче једна са другом и са државним болницама. Нека боље болнице цветају.³¹

У последњих неколико година, Кина бележи пораст бруто друштвеног производа (БДП). На крају 2006. године, износио је 11,1%, а крајем 2007. године 11,4%. Осим тога, у 2009. години, расположиви доходак по глави урбаних станов-

ника износио је 17.175 РМБ (РМБ – ренминби, кинески „народни“ новац кога издаје Народна кинеска банка од 2005. године и мења се за 1 долар у вредности од 0,157225 РМБ) и већи је за 8,8% у односу на 2008. годину, односно 9,8% искључујући фактор цене. Нето доходак per capita руралних становника досегао је 5.153 РМБ или повећање од 8,2% у односу на претходну годину, односно 8,5% ако се искључи фактор цена.³² Трошкови здравствене заштите се стално повећавају и у 2009. години укупно су износили 1,61 трилиона РМБ или 10,9% више него у 2008. години. Влада је из буџета покрила 24,7%, осигуравајућа друштва 34,9% и појединци 40,4% од укупног износа јавне (државне) здравствене потрошње.

На темељу здравствених програма, кинеска влада је доследно прихватила да у 2009. години повећа улагања у здравствену потрошњу на скоро 293 милијарде РМБ, што је за 17,6% више него за 2008. годину. У 2009. години, здравствени расходи као постотак укупних државних расхода износили су 9,9%.³³ Намере су да се до краја 2012. године удвоструче издвајања, због чега ће урбани становници уместо досадашњих 12 долара убудуће морати да уплаћују по 30 долара на годишњем нивоу, јер су здравствени расходи већи у урбаним подручјима. Овај потез владе наишао је на добар одзив и без поговора је прихваћен од стране 120 милиона Кинеза. Влада је обећала да ће у 2009. години уложити 123 милијарди долара у наредне три године за обезбеђење здравственог осигурања и здравствене заштите својих грађана, што је извршила, тако да јој подршка није могла изостати. Датог обећања држала се врло коректно, јер је њен најважнији циљ био да до краја 2011. год. обезбеди здравствену заштиту за 90% становника.³⁴ У актуелном тренутку преко 80% укупних здравствених расхода владе везује се за урбане области у којима напоскон живи преко 51% становништва, чиме је остварен велики кинески сан. Суштинско питање 2008. год. било је смањење здравствених услуга у болницама трећег разреда и инвестирање у болнице другог разреда како би се смањила постојећа диспропорција. За те намене издвојено је 79 милиона долара. Осим у смањење посета и побољшање квалитета уложено је и у инсталирање атрактивних здравствених садржаја.³⁵

ЈУЖНА АФРИКА

У Јужној Африци, земљи која је одахнула после укидања апартхејда дефинисаног Римским

статутом (International Criminal Court – ICC) из 2002. године, као „...чињење нехуманих аката сличних другим злочинима... систематско угњетавање и доминација једне расне групе над другом или другима... убиство, поробљавање, лишавање слободе, принудно расељавање, сексуално насиље и колективно прогоњење...“³⁶, здравствена заштита варира од најосновније примарне до високо-специјализоване медицинско-технолошке заштите и обе се пружају/користе у јавном и приватном здравственом сектору. Здравственим питањима Јужне Африке бави се Национални систем здравственог осигурања (НЗС). Он је најпозванија институција у спровођењу владиних мера које се односе на побољшање укупног здравственог квалитета у земљи. Његова улога је промоција једнаког приступа здравственим услугама, осигурање медицинских процедура и стварање могућности да сви Јужноафриканци имају обухватну здравствену заштиту, независно од радног статуса и непосредног доприноса фонду здравственог осигурања. Коначно, државни (јавни) здравствени систем који се раније простирао недовољно и на неке неурђене и непокривене области, морао је да мења курс и да понуди разноврснију палету здравствених услуга. Насупрот њему, приватни здравствени сектор који функционише на комерцијалним основама настоји да придобије клијентелу из редова средње и високе популације чија су примања на већем нивоу, ради закључивања уговора о приватном здравственом осигурању. Но, двоструки здравствени систем није најбоље решење. Прво, у практичном привлачењу здравствених професионалаца предњачи приватни здравствени сектор. Он користи немоћ државног (јавног) сектора који има проблема са управљањем здравственим установама, потребним здравственим персоналом и са све израженијим здравственим захтевима угроженог становништва. Друго, квалитет здравствених услуга у државном (јавном) здравственом сектору је у сталном паду и не одговара већини становништва. Приватни здравствени сектор није много забринут за здравље становништва, не послује на хуманим већ на комерцијалним начелима и његов кредо је не изгубити. Зато се третира као неправедан и конкурентски често некоректан.

Влада Јужне Африке покушава да спровођењем конкретних здравствених реформи ревитализује инертни здравствени систем хитном реализацијом Националног програма за здравствено осигурање. Овај и појединачни, али важни здравствени програми усмерени на борбу против сиде,

туберкулозе, незаразних болести, као и против повреда и насиља, захтевају укључивање укупног државног капацитета. Податак из 2012. године, да у овој земљи 5,38 милиона људи живи са ХИВ вирусом је фрапантан. На крају 2001. године, било их је 4,21 милиона, што значи да је у току задње деценије забележен пораст од 1,17 милиона. Укупна преваленца ХИВ вирусом износила је 10,6%. То значи да је скоро петина јужноафричких жена у репродуктивном добу ХИВ позитивна. Коначно, 16,6% одраслог становништва старости од 15 до 49 година је ХИВ позитивно.³⁷ Невероватно звучи да је sida усмртивши им родитеље, у овој земљи осиротила преко 2 милиона деце, што до сада није учинио ниједан рат вођен на светском простору.

У светским размерама признат критеријум за мерење успеха здравственог система је достизање границе очекиваног животног века становништва. Она је у Јужној Африци ниско повучена, јер очекивани животни век не достиже ни 60 година. У 2009. години био је 56,5 година, а процене су да ће се до 2014. године испети на 58,5 година, што је и даље ниско и испод нивоа земаља квинтета БРИКС.³⁸ Укупна здравствена потрошња у здравственом систему Јужне Африке у 2011. години износила је 248,6 милијарди јужноафричких ранда (8.41 SAR = 1 \$ USA), односно 8,3% бруто друштвеног производа (БДП), што је највише у квинтету земаља БРИКС или знатно више од 5% који су препорука Светске здравствене организације (СЗО).³⁹ Средства државног буџета у финансирању здравствене потрошње од 122,4 милијарде јужноафричких ранда чинила су 49,2% укупне здравствене потрошње. То одговара обухвату од око 42 милиона становника или скоро 84% укупне популације. У приватном сектору који покрива 16,2% становника или 8,2 милиона људи, за исте намене утрошено је 120,8 милијарди јужноафричких ранда или 48,5% укупних средстава. Преосталих 5,3 милијарди јужноафричких ранда или 2,3% становништва финансирале су невладине организације (НВО) и други донатори.⁴⁰ Упркос високој здравственој потрошњи која је на нивоу многих земаља чланица Европске уније, остварени резултати су реално сиромашни.

Обим буџета за 2012. годину, од 121 милијарду јужноафричких ранда планиран је за унапређење радних процеса, здравствене инфраструктуре и за обухватније здравствено осигурање. Ово све није гаранција да ће ствари кренути бољим путем ако се имају у виду неједнакости између јавног и приватног сектора, које су и у овој земљи и те

како присутне. Твиг тврди: „...Проблеми у здравственом систему сваке земље на свету скоро су идентични, чак универзални и једнако угрожавају све њихове становнике, али је од свих проблема најгори неједнак приступ здравственој заштити, који је свугде присутан и најчешће погубан.“⁴¹ За потребе становништва које у девет провинција користи здравствену заштиту, влада Јужне Африке издваја преко 11% буџетских средстава. Она се усмеравају од једне до друге провинције сходно стандардима здравствене заштите која се у њима пружа/користи. Зато је влада из дана у дан изложена жестоким притисцима становништва да интензивира издвајања и да из буџета са садашњих 40% обезбеди здравствену заштиту за 80% свог становништва.

Што се здравствене инфраструктуре тиче, јавни (државни) здравствени систем Јужне Африке располаже са 4.200 здравствених установа. Након 1994. године, почела је изградња нових, демонтиража и трансформација постојећих садржаја, тако да је од тада до данас изнова саграђено, адаптирано и/или надограђено више од 1.600 субјеката који запошљавају 13.718 радника. Према подацима из 2009. године, искоришћеност капацитета кретала се између 65% и 77%. У другом кварталу 2012. године, у Савету медицинске струке у јавном (државном) и приватном сектору Јужне Африке, регистрован је 165.371 квалификовани здравствени радник. Од тога је 38.236 лекара. Однос лекар – осигураник у јавном (државном) здравственом сектору је на веома ниском нивоу, јер о здрављу 4.219 осигураника брине само један лекар. Будући да већина (или око 73%) лекара ординира у приватном сектору, тај однос се мења, тако да о хиљаду осигураника брине 0,77 лекара. То је мало, уз подсећање да већина лекара и у овој земљи игнорише посао у руралним областима не желећи да у њима припада било којем сектору. Иако годишње преко хиљаду студената дипломира медицину, то не решава проблем. Због тога је Јужна Африка давне 1995. године потписала споразум о сарадњи са Кубом, на основу кога је на стотине кубанских лекара дошло на рад у Јужну Африку. На другој страни, на десетине студената из Јужне Африке отишло је да студира медицинске науке на кубанским универзитетима. Слични споразуми потписани су и са владама Туниса и Ирана. Недостатак лекара је допринео да влада либерализује могућност да инострани лекари могу радити на тлу Јужне Африке. Тако је у току 2012. године, Савет медицинске струке Јужне Африке регистровао

3.773 лекара из иностранства. Национални здравствени закони доношени и ревидирани од 1961. године до 2003. године, обезбеђивали су оквир за један здравствени систем за Јужну Африку. Међутим, имплементација закона која је покренута 2006. године, подразумевала је многе измене, тако да су неке покрајине одмах почеле да усклађују своје законодавство са националним законодавством ради постизања униформне легислативе.⁴² Закони су у складу са ставовима и циљевима Светске здравствене организације (СЗО) зацртаним 1978. године на Конференцији у Алма-Ати (Казахстан).

ЗАКЉУЧАК

Када је Бразил сигурним кораком искорачио на светску привредну сцену, само неупућени су могли рачунати на бољу здравствену заштиту и лакше функционисање здравственог система. Ко је очекивао неометано финансирање здравствених расхода или већи обухват здравственим осигурањем био је у заблуди. Различите врсте болести (сида, туберкулоза, маларија, незаразне болести), иако су велики проблем Бразила, ипак су мањи од проблема експандирајућих абортуса. Абортуси (легални или илегални) толико су измакли контроли да стварају огромне здравствене расходе, а стопу криминала незадрживо пењу навише. Питање је да ли имају и неку добру страну? У току 2012. године, аналитичари су се бавили овим проблемом и дошли су до закључка да би бразилска нација без абортуса достигла енормне димензије, тако да су они стручно и легално обављени ипак пожељни. У здравственом систему Русије који више не представља некадашњи спектар разноврсних медицинских услуга, исте варирају споро и зависе од степена организације у здравству и научних открића у медицини. Оне се уграђују у предвиђени обим права на здравствену заштиту и директно одређују ниво трошкова, појединачну и укупну здравствену потрошњу на одређеном институционалном нивоу. Давно започети програмски развој примарне здравствене заштите иде споро. Морао би бити интензивнији с обзиром да укључује битне приоритете (хитност) у пружању/коришћењу здравствених услуга преко увођења „болница у кући“ у којима би здравствене услуге пружале посебно опремљене мобилне здравствене екипе. Квалитет здравствених услуга пружен/коришћен у њима нимало се не би разликовао од оног у

здравственим установама, напротив, имао би многе, макар социјалне предности.

Свесна одлука о давању приоритета приватном здравственом сектору и превалирање укупне бриге о здрављу грађана на провајдере здравственог осигурања, модерна је концепција индијске политике. Одлука је уследила након закључка индијске владе да су сви државни (јавни) сектори врло скупи и да представљају велики терет за индијски буџет. Тако су приватном капиталу отворена врата, а здравствени систем је одједном преплављен приватним осигуравајућим друштвима која закључују уговоре о здравственом осигурању. Обим здравствене заштите зависи од висине премије, а премија зависи од квалитета здравља клијента. Наиме, провајдери здравственог осигурања послују на комерцијалној основи и немају интереса да закључују трусне уговоре са осигураницима чије се здравствене референце косе са њиховим интересима. Зато треба одагнати помисао да су приватне компаније здравственог осигурања забринуте за здравље становништва, напротив. Ако јесу, зашто то исто осигурање није доступно сваком становнику, а нарочито старима и припадницима вулнерабилних категорија?

Светска банка (World Bank) је објавила да је пораст привреде у Кини од 1981. године до 2004. године подигао из сиромаштва преко пола милијарде људи. Али ни привредни процват није успео да спречи да трошкови здравствене заштите остану највећа финансијска претња руралним становницима и оним са ниским личним примањима. Кинеске здравствене реформе биле су уназад неколико година пример неуспеха. Везиване су

за транзиционе процесе и референтну тежњу Кине да у свему постане савремена. Данас то више није случај. Кина је напokon успела да обезбеди обавезну здравствену заштиту за својих невероватних 1,2 милијарде становника. Реформски потези који су били уперени на реорганизацију капацитета у превентивној здравственој заштити успешно су окончани и она је проглашена активном наспрам фармаколошке, која је остала и даље „пасивна“. Министарство здравља преко Државног савета пажљиво надзире службе здравственог система, који укључује значајан део руралног сектора, али и мало мањи део урбаног сектора. То значи да се кинеска влада сама или преко институција система не одриче ингеренција и има их скоро над свим главним медицинским установама. Министарство здравља Јужне Африке посредно, преко Националног здравственог система (НЗС), има свеукупну одговорност за здравствену заштиту, с тим што је посебно одговорно за функционисање државног (јавног) здравственог сектора. Расположиве снаге усмерене су на побољшање система примарне здравствене заштите, што подразумева наглашену фокусираност на пресретање опасности по јавно здравље. Поред тога, помоћу система строге контроле и праћења њиховог трошења стално су концентрисане на економично поступање са буџетским средствима. Министарство здравља има посебан задатак да спроведе стратешки програм који је усмерен на побољшање здравствене инфраструктуре (здравствени садржаји, модерна медицинска опрема) и на управљање људским ресурсима (обука, вештине, специјализације). Коначно, за све је потребан новац, али на срећу он никада до сада није задњи одлучивао.

Литература

1. Почек Б, Интеграција класичне и традиционалне медицине – Разлози и потребе. У: „Ка интеграцији савремене и традиционалне медицине“, ЕСПД – Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1995; 14.
2. Expat medical Insurance Internatinal private Medical Insurance for the Expatriate Lifestyle. <http://www.expat-medical-insurance.com/country/brazil/information/>. Посећено 08. августа 2012, 23:05.
3. Ministry of Health: More Health: A Right for Everyone. 2008–2011. Ministry of Health of Brazil, Executive Secretariat, Brasilia, 2008.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Banco Multidimensional de Estatísticas; <http://www.bme.ibge.gov.br/app/adhoc/index.jsp>. Посећено 04. јуна 2012, 13:40.
5. World Health Organisation: WHO World Health Statistics 2010, Geneva; 2010. <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>. Посећено 14. јуна, 2012, 18:45.
6. Brazil Monitoring and Analysis of Health Systems, Change/Reform, February 2008; pp. 39.
7. World Health Statistics (WHO), 2010 report.
8. Matida LH, Ramos AN, Heukelbach J. et al. Continuing improvement in survival for children with AIDS in Brazil. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: 920–922.
9. Muzzi M, Working paper, UNICEF Good Practices in Integrating birth Registration into Health Systems (2000–2009), January 2010, Case studies: Bangladesh, Brazil, the Gambia and Delhi, India, pp. 25–30.
10. Кудрин А. Л. Бюджет – основа обеспечения долгосрочной финансовой устойчивости страны // *Финансы-2008-№ 12-с. 3-8*.
11. Ministry of Health Care. 2001a. Information Letter About The State of Occupational.
12. Ministry of Health Care. 2001b. On the Process of Realization of the Health Care and Medical Science Development Concept, the Tasks for the Years of 2001–2005 and for the Period till the Year of 2010, Moscow.
13. World Health Organisation (WHO). The World Health Report, Geneva, 2000.
14. World Bank, Working for a World Free of Poverty, 2012.
15. World Health Organization, WHO, World Health Statistics 2010, Geneva, February, 2010.
16. Медицинская ассоциация, Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020. http://nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtml. Посећено 10. августа 2012, 12:08.
17. World Health Organization: WHO, World Health Statistics 2010 report.
18. Derdak T, Grant T. ed. 2003. International Directory of Company Histories, Volume 53. St. James Press. pp. 142–146. ISBN 978-1-55862-483-2.
19. Kumari R, Idris, M, Bhushan V, Khanna A, Agarwal M, Singh S. Study on patient satisfaction in the government allopathic health facilities of lucknow district, India. *Indian J Community Med* 2009; 34: 35–42.
20. Ђукановић В, Традиционална медицина са аспекта Светске здравствене организације (СЗО). У: „Ка интеграцији савремене и традиционалне медицине“, ЕСПД – Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1995; стр. 18.
21. Annual report to the Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi, September 2010, pp. 21.
22. Central Bureau of Health Intelligence. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. Health Information of India 2000 & 2001.
23. Annual report to the people on Health, Government of India Ministry of Health and Family Welfare, Nirman Bhawan, New Delhi, September, 2010. pp. 29.
24. Indian Brand Equity Foundation Ernst & Young Quality In Everethy We Do, <http://chaithanya.org/php/showContent.php?linkid=54&partid=13>. Посећено 07. јула 2012, 18:04.
25. Група аутора, ЕСПД – Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1995; стр. 8.
26. Ђукановић В, Традиционална медицина са аспекта Светске здравствене организације (СЗО). У: „Ка интеграцији савремене и традиционалне медицине“, ЕСПД – Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1995; стр. 19.
27. Sidei VW. The barefoot doctors of the People's Republic of China, *New England Journal of Medicine* 1972; 2SeA: 292–299.
28. Deloitte Global Services Limited, 2010, Life Sciences and Health Care in China Opportunities, challenges and implications, (www.deloite.com/about).

29. Chow GC. Rural poverty in China: problem and Solution. In: Ravi Kanbur and Xiaobo Zhang, ed. *Governing Rapid Growth in China: Equity and Institutions*. New York: Routledge, 2009(a); pp. 229–246.
30. Krugman P, The health care crisis and what to do about it. *The New York Review of Books*. 53, No. 5 (March 23, 2006), 1–16.
31. Chow GC and Shen Y. Demand for education in China. *International Economic Journal*, June 23, 2006, 129–147.
32. Државни завод за статистику у Кини (NBSC), 2008.
33. World Health Organization (WHO) 2009 report.
34. Zeng YS. *A Treatise on New Farm (Xin Nong Lun, in Chinese)*. Beijing: Xin Hua Publishing Company, 2004, p. 309.
35. Health care reform in the Republic of China: formulating policy in a market based health system, Chinese Health Care System Reform at a Crossroads Japan Center for Economic Research (JCER) report. March 1, 2007.
36. United Nations (2002). *Rome Statute of the International Criminal Court*, Article 2, Chapter 5.
37. Coovadia H, Jewkes R, Barron P, Sanders D, McIntyre D. The Health and Health System of South Africa: Historical Roots of Current Public Health Challenges. *The Lancet* 2009; 374: 817–34.
38. CIA – The World Factbook 2008 – Rank Order- Life expectancy at birth, Deutsche Welle, 18 August 2011, Tanjug.
39. Schieber G, Baeza C, Kress D, Maier M. *Financing Health Systems in the 21st Century*. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, 225–242. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179- 5/Chpt-12.
40. National Treasury: *Intergovernmental Fiscal Review*, 2011.
41. Twigg J. Obligatory medical insurance in Russia: the participants’ perspective. *Social Science and Medicine*, 1999; 49: 371–382.
42. Department Health Republic of South Africa, Embargoed until 5h00 Friday 12 August, *National Health Insurance in South Africa, Policy Paper*, August, 2011; pp. 15.

Контакт: Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Департман за право и Департман за економију, Нови Пазар, e-mail: ibrahimtotic@yahoo.com.