

---

**ЕКОНОМСКА ДИМЕНЗИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА  
У ИНДИЈИ И КИНИ**Ибрахим Тотих<sup>1</sup>

---

**THE ECONOMIC DIMENSION OF HEALTH SYSTEMS  
IN INDIA AND CHINA**

Ibrahim Totić

*Solis medicis concessum est mendacium.**Лаж је дозвољена само лекарима.***Сажетак**

Основни циљ овог рада јесте сагледавање структуре здравствених система две светске силе Индије и Кине, чланице квинте држава БРИКС (Бразил, Руска Федерација, Индија, Кина и Јужна Африка), чије економије последњих деценија представљају парадигму убрзаног развоја. Истраживање се првенствено фокусира на сличности и разлике које карактеришу ова два здравствена система, а затим третира проблеме са којима се они суочавају и амбијенте у којима функционишу. Економије Индије и Кине посматране заједно, имају улогу моћне локомотиве која њихову и светску привреду снажно вуче напред. Овај рад је скроман покушај да се помоћу расположивог материјала конципира униформна мантра према којој би ови по много чему различити здравствени системи убудуће могли да ефектно функционишу. Међу академским ауторитетима за сада нема консензуса да ће се они у скорој будућности развијати у истом смеру, истом динамиком и са истим успехом, међутим, ни такву могућност нипошто не треба искључивати.

У раду ће бити учињен напор да се објасни парадокс да, упркос пуном привредном замаху Индије и Кине, њихови здравствени системи све теже излазе на крај са финансијским тешкоћама, недоступном и неквалитетном здравственом заштитом, перманентним растом здравствене потрошње, нарастајућим

**Summary**

The main objective of this work is the understanding of the health system structure of two major world powers - China and India, the members of the BRICS states, as their economies in recent decades represent the paradigm of rapid development. The research is primarily focused on the similarities and differences that characterize the two health systems, and treats the problems they are confronting and the environment in which they are operating. If they are observed together, the economies of India and China act as powerful engine which pulls forward the world's economy. This paper is only a modest attempt to determinate the uniform mantra by using the available conceived material according to which the two very different health care systems in the future could effectively operate. Among the present academic authorities there is no consensus that in the near future these two systems will be developing in the same direction, with the same dynamics and success. However, this possibility should not be neglected.

The paper will be composed in a way to explain a paradox that, despite the full economic momentum of India and China, their health systems are having increasingly difficulties to cope with financial issues, inaccessible and poor quality health care, the continual growth of health care spending, growing needs of the population and dissatisfied health care workers, especially these working in the rural areas. India and China are both struggling for decades with frustrated doctors, because they could not, and do not want, to accept so much

---

<sup>1</sup> Ибрахим Тотих, Државни универзитет у Новом Пазару, Департман за право и Департман за економију.

потребама становништва и са веома незадовољним здравственим радницима, нарочито запосленим у руралним подручјима. Индија и Кина деценијама воде борбу са фрустрираним лекарима који не могу и/или не желе да прихвате знатне разлике између богатих – урбаних и сиромашних – руралних колега. Здравствени радници (нарочито лекари) све чешће или игноришу посао у руралним здравственим установама или га мењају за боље плаћену саобраћају, услугама, пољопривреди или у грађевинарству.

**Кључне речи:** Индија, Кина, здравствени систем, здравствено осигурање, традиционална медицина, руралне и урбане области, стране директне инвестиције (СДИ).

## УВОД

У фокусу овог рада су основне разлике два здравствена система, где је индијски систем пример број један у свету, како функционише приватно здравствено осигурање, а кинески, у коме се и даље негују остаци комунистичке – Мао ере, која даје тон укупном, а не само здравственом развоју. Упркос оваквим апсурдима, аналитичари и даље немају дилему да ће Индија, а нарочито Кина, између 2030. и 2050. године сигурно постати праве економске али, и здравствене велесиле. Процене су да ће се Кина раније од свих титана уздићи на светски економски трон, а да ће економија Сједињених Америчких Држава половином XXI века пасти на пето место. Међутим, било коју стопу привредног развоја да достигне било која од ових држава, ничим неће угрозити здравствени систем који функционише у Сједињеним Америчким Државама. Процене Међународног монетарног фонда (ММФ) да ће развијене државе света у току 2011. или 2012. године остварити привредни раст по стопи од свега 1,6%, а државе које су у пуном замаху свог привредног развоја по стопи од 6,4% биле су исувише

*differences between the rich-poor and urban-rural counterparts. Health care workers (especially doctors) have started to ignore the work in rural health facilities, or to modify it for the better-paid jobs in traffic, services, agriculture or construction.*

**Keywords:** India, China, healthcare system, health insurance, traditional medicine, rural and urban areas, foreign direct investment (FDI).

опрезне и далеко од реалних. Интониране као последица страха агресивног деловања кризе „made in USA“, пре су личиле на пројектовање статистичких вредности него на постављање реалних циљева. Ипак, такав приступ треба прихватити као умерен став економских ауторитета који сматрају да се са великим економијама никада не зна и да оне могу све, увек и на сваком месту.

Функционисање здравствених система држава квинте БРИКС, посебно Индије и Кине, одавно је постало интересантна тема јер академска јавност располаже информацијама да последњих година њихове економије бележе најбржи привредни раст на свету. Природно је да су циљне тачке скоро сваког па и овог истраживања њихови системи здравственог осигурања, модели и политика финансирања, здравствена потрошња, здравствена инфраструктура и статус запослених који брину о здрављу 2,551 милијарде људи, насељених на простору од 13 милиона км<sup>2</sup>. Због доминације приватног здравственог осигурања у Индији само 11% становништва има неки облик здравственог осигурања, а преко 80% здравствене потрошње покривају грађани из приватних ресурса. Кина је последњих деценија опседнута реформама и усвајањем

процедура официјелне медицине и коначно је обезбедила обавезно здравствено осигурање за преко 1,2 милијарде својих становника, што се сматра изванредним успехом.

У овим државама житељи руралних области су у знатно лошијој позицији од својих урбаних сународника и посебно су незанимљиви и мање атрактивни за осигуравајућа друштва и њихове провајдере. Кинеска влада је због тога још 2005. године предузела одговарајуће акције да омогући приступачнију здравствену заштиту становницима у руралним регијама. За ове две државе је карактеристично да су им различите политичке оријентације, друштвени системи, традиција и културе, а посебно здравствена. Зато је сарадња на здравственом плану 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. Могуће је да ће у томе више успеха имати страни инвеститори чије су намере да у овим државама истисну јавни (државни) здравствени сектор и унапреде здравствено приватно предузетништво. У Индији је на том плану прилично урађено, насупрот Кини, која још нема намеру да се одрекне дуже ствараног и чуваног комунистичког наслеђа.

## **ЦИЉ РАДА**

Циљ рада је да одговори на питања зашто је приватни здравствени сектор у Индији толико доминантан над јавним (државним) и да ли осигуравајућа друштва и компаније имају било какав интерес из перспективе очувања општег здравља становништва, ако оно захтева замашна финансијска улагања? Ако се одређене мањкавости занемаре, остаје констатација да је здравствена делатност у Индији вишеструко препознатљива и једна од највећих у свету. У ред развијених здравствених система индијски се сврстао зато што је према приходима које остварује и

апсорпцији здравственог особља (запошленост у више сектора) у равни са много развијенијим и зато што је склон да се незадрживо развија и рапидно шири уз помоћ страних директних инвестиција (СДИ). У раду се тражи одговор на питање да ли су реална очекивања, с обзиром на индијски привредни процват који брзо урбанизује средњу класу становништва, да ће њеним припадницима расти појединачни приходи. Дакле, да ће им омогућити већа издвајања за финансирање здравствене заштите, за унапређење квалитета здравства и са њим квалитета укупног живљења. У Индији се, као и у Кини, осећа проблем мањка лекара обучених у официјелном (званичном) здравственом образовању у односу на лекаре алопате, образоване на принципима традиционалне медицине. Циљ истраживања је да се проникне у ову дискрепанцу и сагледају могућности да се без видних последица официјелни и традиционални лекари изједначе и ставе у исти положај. Постоји намера носиоца индијске здравствене политике да пронађу повољно решење и за њим се непрекидно трага. Међутим, чини се да ће се трагање одужити и да се на решење мора причекати. Дакле, намера постоји и она не може остати непримећена имајући у виду да су индијски званичници напokon схватили да је дуго здравственом систему чињена хумана а потом и материјална штета што лекари – традиционалисти (обучени у ајурведи, јунани, јоги, натуропатији, хомеопатији и сидха медицини) нису радили у јавним здравственим центрима и коначно су решили да исправе грешку.

Кина има једну од најдуже забележених евиденција о историји медицине у постојећим цивилизацијама. У модерном времену је била непосредни учесник када је 7-7 априла. 1948. године 26 земаља света у Женеви (Швајцарска) ратификовало повељу о оснивању Светске здравствене организације (СЗО), доделивши јој нимало лаку улогу, пружање подршке владама земаља у доношењу програма здрав-

ствене заштите, одржавање тесне сарадње са министарствима здравља, агенцијама Уједињених нација (ОУН) и другим здравственим организацијама и партнерима. Занимљиво је питање које је користи њен здравствени систем имао од поменутог ангажовања. Кина, нови економски колос, полако почиње да трпи последице због свог привредног развоја. Њени становници (као у Индији) сваку информацију о привредном напретку користе као згодну прилику да изврше додатни притисак на владу да конципира функционалан здравствени систем у коме би услуге биле доступне свима и под истим условима. А то није лако ни демонстрирати ни трпети као пресију. Истраживање баца светлост на хипотезу да кинеска влада рачуна на познату издржљивост, стрпљење и дисциплину, које су одлике Кинеза, иако свесна да честа и дуга чекања за уобичајене здравствене услуге нису добре референце.

И у Кини, као у Индији, лекари нису добро плаћени, али је то за многе секундарно у односу на радне услове који су толико лоши да су засенили реално ниске зараде. Многи никада не добију праву прилику за прелазак из једне у другу здравствену установу, из руралне у урбану регију или да се баве истраживачким радом. Затечени су, незадовољни, разочарни, али ипак гаје притајену наду да ће једног дана напустити и сопствену земљу како би обезбедили напредовање и могућност веће зараде или макар службу у Пекингу, Шангају, Шеншену, Тиањину, Вухану, Харбину, Шењангу или Далиангу, где су изграђене велелепне здравствене установе које функционишу на модеран начин, поседују најсавременију медицинску опрему и запошљавају најстручнији кадар.

## ИНДИЈА

Расправа о здравственом систему Индије, врло значајне чланице квинте БРИКС (Бразил, Руска Федерација, Индија, Кина и Јужна Африка) супротна је у односу на системе

осталих чланица из простог разлога што је у питању највећи приватни здравствени систем на свету. Недовољно упућени могу помислити да се ради о здравственом систему Сједињених Америчких Држава, чијој афирмацији су допринеле реформе Барака Хосеина Обаме из 2009. године, али о томе нема говора. Индијски приватни здравствени систем је у том погледу 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 говоре све. Ова компанија је обелоданила да је индијска здравствена привреда у 2010. години достигла вредност од близу 40 милијарди \$ УС и ако настави у том ритму, очекивања су да ће већ 2020. године достићи невероватних 280 милијарди \$ УС. Томе доприносе енормна улагања у индијску здравствену инфраструктуру, посебно у здравствени хумани капитал и у савремене информационе технологије (ИТ). Процењена вредност улагања према истом извештају износила је невероватних 244 милиона \$ УС. Очекивања су да ће у наредној деценији за исте намене бити просечно улагано (домаћи и страни инвеститори) преко 20% њене садашње вредности.

Тренутно су најатрактивније инвестиције усмерене у изградњу здравствених објеката, првенствено болница (њихове услуге учествују са преко 80% у укупној здравственој заштити), домова здравља а затим и других здравствених садржаја. Претпоставка је да би инвестиције за те намене до краја 2015. године требало да достигну вредност од 81,2 милијарде \$ УС.<sup>(1)</sup> Ови подаци су важни зато што се у процесу приватизације Индија није најбоље снашла, и што је платила превисоку цену заостајања, на пример, за Кином управо на терену привлачења страних директних инвестиција (*Foreign Direct Investment - FDI*). Због тога је њен јавни (државни) здравствени сектор дуже времена био просто осакаћен. Међутим, крај прве деценије XXI

века изложио је на видело чињенице које доказују да је у индијском здравственом систему дошло до корених промена у инвестиционој политици и у инфраструктурном садржају. До 2010. године, стране директне инвестиције (*Foreign Direct Investment - FDI*) усмерене у болничке капацитете и у дијагностичке центре достигле су износ од 1,34 милијарде \$ УС.<sup>(2)</sup> Али ту се листа страних улагања не завршава. Стране директне инвестиције (*Foreign Direct Investment - FDI*) усмерене у фармацеутску производњу и медицинску опрему од априла 2000. године до марта 2012. године, процењене су од Одељења за индустријску политику и промоцију (ДИПП) на 9,19 милијарди \$ УС и пресудно су утицале да приватни здравствени сектор несразмерно доминира у односу на јавни (државни). Толико га је потиснуо да му је упркос евидентном сиромаштву препустио још само толико да се бави пружањем најситнијих здравствених услуга и то у једном делу превентивне здравствене заштите.

Неколико деценија од стицања независности, 15. августа 1947. године, индијски приватни сектор је обезбеђивао све врсте здравствених услуга, али у врло уском обиму, од само 8%, са прилично квалификованим медицинским кадром. Међутим, временом је толико ојачао да је контролисао 80% свих врста здравствених услуга или 60% целокупне здравствене делатности. На пример, на крају 2000. године запошљавао је више од 75% лекара-алопата од којих је било преко 550 хиљада регистрованих и око 90% официјелних лекара којих је било око 700 хиљада регистрованих.<sup>(3)</sup> Лекари-алопате су стубови традиционалне медицине која има значајну улогу у индијском здравственом систему. Она се регуларно изучава на преко 165 факултета који поседују уредну лиценцу за рад (акредитацију) и на њима годишње дипломира између 15 и 20 хиљада нових лекара-алопата. Историчари кажу да је индијска традиција стара колико и индијска медицина, преко три хиљаде година п/Х-а и да се први значајнији трагови о медицинском образовању забележени у

списима Караке и Сусрута, познатим као Ајур-Веда (*Ayur-Veda*),<sup>(4)</sup> односно науке о животу (ајур – живот и *veda* – наука). Ипак вара утисак да Индија располаже са великим бројем лекара-алопата и официјелних лекара. Они су управо данас највећи проблем у здравственом систему. Прво, нема их довољно, што изгледа помало чудно, а и све је већи број оних који игноришу здравствену службу у руралним областима и мањим градским болницама и одлазе на сасвим друге послове, па чак и оне ван струке.

Обезбеђивање здравствене заштите од стране јавног сектора је обавеза државне власти (градска, локална, централна) да мобилише расположиве ресурсе (здравствена понуда), да их фокусира на пружање здравствених услуга, медицинско образовање, фармаколошку заштиту и на стабилизацију како би под потпуну контролу ставили болести које прете становништву. Национални здравствени програми које спроводи централна влада део су индијске званичне политике и утврђују се за различите нивое. Они садрже мере и акције везане за репродуктивно здравље, заштиту деце и контролу заразних болести (маларија, туберкулоза, лепра) и незаразних болести (кардио-болести, ХИВ, СИДА – синдром стечене имунодефицијенције – *Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS*). У намери да се ослободи живота са здравственим проблемима које је дужна да решава, индијска влада је као званичан став своје политике заузела 2005. године, када је покренула пројекат: Национална мисија здравља у руралним областима (*National Rural Health Mission – NRHM*). Овај пројекат је предвиђао лакши и уједначен приступ основним услугама здравствене заштите и обухватао је око 72% индијске популације.<sup>(5)</sup> Програм је напуштен, а проблеми су остали са тенденцијом увећања.

Јавни (државни) здравствени систем у Индији обухвата велики број различитих институција: амбуланте, установе за пружање основне здравствене заштите, мале болнице чије службе пружају специ-

јалистичке здравствене услуге и велике болнице у којима се пружа/користи терцијарна здравствена заштита. У оквиру јавног (државног) сектора до 2000. године функционисало је преко 17 хиљада болница од којих је око 34% своју делатност обављало у руралним подручјима. Од 26 хиљада постојећих диспанзера, скоро 40% је пословало у руралним подручјима.<sup>(6)</sup> У руралним областима су постојале 24 хиљаде примарних центара здравствене заштите (*Primary Health Centres – PHC*) и око 140 хиљада подцентара. Разлика између руралних и урбаних здравствених садржаја је у томе што се о здрављу 100 хиљада становника у урбаним срединама здравствена заштита обезбеђивла у 4,48 болница, 6,16 диспанзера или са 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. Разлике су скоро екстремне. Од преко милион болесничких постеља са којима су располагале здравствене установе, само 23% је припадало установама у руралним областима.<sup>(7)</sup> Данас у Индији водећу, примарну здравствену заштиту обезбеђује мрежа од 146.036 здравствених под-центра (*Health Sub-Centres – HSC*), 23.458 центара примарне здравствене заштите (*Primary Health Centres – PHC*) и 4.276 општинских здравствених центара (*Community Health Centres – CHC*). Захваљујући агилности влада на свим нивоима (општинска, државна, централна), дошло је до значајног помака у модернизацији укупне здравствене инфраструктуре. Изграђено је 9.144 нових супцентра (*Health Sub-Centres – HSC*), 1.009 центара примарне здравствене заштите (*Primary Health Centres – PHC*), 435 општинских здравствених центара (*Community Health Centres – CHC*) и 57 окружних болница (*District Hospitals – DH*). Надограђено је или реновирано још 8.997 супцентра, 2.081 центара примарне здравствене заштите, 1.255 општинских здравствених центара и 357 окружних болница.<sup>(8)</sup>

У актуелном тренутку јавна (државна) здравствена потрошња у Индији износи нешто испод 1% бруто друштвеног производа (БДП), што је врло ниско у односу на препоруку Светске здравствене организације (СЗО), чији је лимит 5%. Индија нема тај капацитет и њена влада скоро целу последњу деценију није била у стању да се приближи жељеном циљу, односно издвајањима од 3% бруто друштвеног производа (БДП) на годишњем нивоу. Упоређена са потрошњом у другим државама или са утврђеним светским стандардима, индијска укупна здравствена потрошња је на врло ниском подеоку. Тренутно захвата само 0,9% бруто друштвеног производа (БДП), а чине је примарна здравствена заштита са 20%, секундарна са 45% и терцијарна са 35%. Према извештају Ернст и Јанг (*Ernst & Young*) до краја 2012. године, Индија је имала прилику: „... да инкасира око две милијарде \$ УС, под условом да је преко осигуравајућих друштава у своје здравствене установе довела око два милиона пацијената... индијска понуда у области хирургије и офталмологије је импресивна... гаранција су 10 хиљада врских лекара из поменутих области.“<sup>(9)</sup> Али остаје отворено питање, шта се догађа и шта ће бити убудуће са примарном здравственом заштитом?

Плаћање здравствених услуга из сопствених ресурса (*out of pocket*) велики је терет за индијске грађане, а прогнозе су да ће бити још већи јер се очекује да ће на тај начин бити увећана њена тржишна вредност. Према званичним информацијама, тржишна вредност индијског здравства је у последњој деценији ХХ века расла по веома високој стопи од 16% и досегла је износ од 34 милијарде \$ УС. Истина, здравствена вредност по глави осигураника износи једва око 34 \$ УС, али је зато учешће у бруто друштвеном производу (БДП) више него раније и износи нешто изнад 6%.<sup>(10)</sup> Ове информације су подгрејале наду прецизних аналитичара да ће његова тржишна вредност до краја 2016. године достићи 78,6 милијарди \$ УС.<sup>(11)</sup> Тржиште

доминантног добровољног здравственог осигурања тренутно се процењује на 86,3 милијарде \$ УС, што потврђује да приватни здравствени сектор у укупној здравственој потрошњи у Индији учествује са преко 80%. На другој страни, издвајања за јавну (државну) здравствену потрошњу годинама су мања од планираних и због вишегодишњих буџетских дефицита који у већини индијских држава одавно не силазе испод 9%.

Да би изменила постојеће околности у националној здравственој политици (усвојена 1983. године) коју је 2002. године индијски Парламент ревидирао, влада Индије је поставила амбициозни циљ којим је импресионирала светску здравствену јавност. Понудила је аргументе, да има капацитете да успешно потхрани преко 146 милиона деце, чиме је изазвала неверицу код великог броја релевантних здравствених организација и институција. Међутим, она је то и доказала јер је допринела да близу 42% деце у Индији млађе од три године буде релативно потхрањено, односно да буду скоро два пута боље потхрањена од, на пример, деце у подсахарској Африци, чија потхрањеност достиже једва 28%.<sup>(12)</sup> Креатори здравствене политике делују у Министарству здравља и породичних питања, Одељењу за здравство, Одељењу за заштиту породице, Одељењу индијских система за медицину и хомеопатију и у Генералном директорату здравствених услуга<sup>(13)</sup> и сва тела су под директном јурисдикцијом владе, државног *par excellence* органа. Као доносиоци здравствених програма за борбу против различитих болести (АИДС, маларија, лепра, слепило – око 10 милиона слепих и сл.), озбиљно су схватили важност квалитетних здравствених услуга и политичку одлучност да се изгради здравствена култура и да се константно форсира унапређење технолошко-хуманог капитала, односно константна едукација здравствених радника и њихових сарадника (медицинске сестре и техничари).

Од стварности се не може побећи. Миље здравствене делатности карактеристичне за Индију саткан је од великих проблема који се просто не смеју занемаривати, али и од значајних достигнућа која су према свим индикаторима скоро импресивна. *Errare humanum est* и грешке се могу исправљати, али то подразумева грчевиту борбу са горућим проблемом. Наиме, здравственим радницима, посебно лекарима, стално се нуде монетарни подстицаји и неновчани пакети за прихватање посла у здравственим установама у руралним и забаченим областима. То је неразуман потез јер непрестано форсирање стимулације као начина повећања зараде, резервације за постдипломско образовање, замене службе из руралне у урбану средину и побољшање стамбених услова не даје жељене резултате, тако да је ефекат увек супротан намери. Већина лекара одлучна и истрајна у својим намерама, игнорише стимулације и подстицаје и одбацује као непожељне одабране програме и активности уз образложење да је у питању још један врло перфидан и јефтин покушај да се њихова пажња фокусира на прихватање посла у руралним областима.<sup>(14)</sup>

Битан индикатор који умањује успех здравственог система Индије, је и криминална, неконтролисана и срамно спроведена приватизација јавног сектора. Коначно је проглашена главним кривцем за организационо-финансијске проблеме, за заостајање система здравствене заштите, за појаву социјалних поремећаја и за неуспелу реализацију циљева. Приписано јој је и изазивање несташице свих врста потребних средстава, довођење до колапса великог броја јавних здравствених установа и ескалирање медицинских трошкова до неслућених размера. Прљаво спроведена „пустила је низ воду“ многе важне одлуке и планове развоја здравствене заштите које су у предвечерје стицања независности зацртали носиоци нове индијске политике. Један од оних који је брзо напуштен био је план Националне здравствене службе, који је предложио Одбор за истраживање и

развој здравствене заштите (*Bhore Committee*). Није помогло што је био обухватан, коректно скициран и детаљно разрађен. Индија се након стицања независности определила за тржишну економију, што је био сигнал за игнорисање његових смерница које су предвиђале да држава сноси трошкове финансирања здравственог система. Тако је и званично напуштен стари концепт вођења унутрашње економије, а прихваћен је нови са изазовним процесима глобализације.

У дизајнирању новог економског концепта и спровођењу привредних и здравствених реформи индијској влади су помогле Светска банка (*World Bank*), Светска здравствена организација (СЗО) и неке агенције Уједињених нација, најпре УНИЦЕФ.<sup>(15)</sup> И поред тога дошло је до пада интересовања за конкретно инвестирање у јавни здравствени систем јер је закључено да су сви државни сектори велико и непотребно оптерећење за буџет Индије, тако да су захтеви за њихово финансирање одбацивани у серијама. Може бити иронија да Индија има један од највећих приватних здравствених сектора на свету, међутим сви који су јој склони треба да знају да индијска влада нема посебног интереса да решава крупне проблеме ако може да их проследи другоме. То је учинила са здравственим сектором препуштајући га страним директним инвеститорима у надлежност чија наглашена улога објашњава његову доминацију. Доминација се манифестује на јединствен начин због чега је многи аналитичари називају надисторијском доминацијом и држе до става да је као таква ексклузивни продукт прљаве приватизације. Нарочито је присутна у амбулантној здравственој заштити у којој присиљава државу да постепено редуцира своје активности.

Донедавно је Индијац био синоним за човека који традиционално кратко живи. Али од стицања независности 1946. године до 2000. године његов просечни животни век је са 50 година продужен на 64 године, с тим што се и даље знатно разликује међу

становницима урбаних и руралних делова индијске територије. Индија је уз Кину (и не само уз њу) светска парадигма како продужење очекиваног људског века<sup>(16)</sup> утиче на експанзију здравствене потрошње. За обе државе је карактеристично да су у урбаним областима услови како за пружање/коришћење здравствене заштите тако и за вођење укупног живота неупоредиво садржајнији и бољи него у руралним појасевима. Полазећи од чињенице да се живот индијских становника и у многим урбаним деловима (четврти или цепови) одвија у екстремно лошим условима, сви подаци у односу на евентуална побољшања морају се узимати с резервом. Међутим, нема резерве према истини да ће број урбане популације која живи без дома, на улицама, сметлиштима у страћарама или у канализационим цевима у следећих неколико деценија бити удвостручен.

Ерго, само током 2001. године, близу 600 милиона Индијаца живело је у урбаним подручјима, али је преко 145 милиона њих живело у сиротињским квартовима. У таквим условима се рађа и живи велики број индијске деце. Међутим, стопа смртности одојчади је релативно смањена иако је и даље висока и константна, јер се број умрлих креће између 2 и 2,2 милиона,<sup>(17)</sup> док је смртност жена на порођају и даље недопустиво висока. На самом почетку XXI века, у 2000. години, на 100 хиљада порођаја било је око 470 леталних случајева, а примарни циљ је управо смањење смртности жена на порођају испод 200 случајева на 100 хиљада породила. Ако се апстрахују многи проблеми, ипак остаје један: тешко је живети са истином да пет милиона Индијаца живи са вирусом АИДС (*Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS*) и слушати запрепашћујуће процене да ће у догледно време Индија претећи Јужну Африку, по том питању најугроженију државу на свету.



## 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, 1. октобра 1949. године, интегрисала традиционалну и официјелну медицину или, како је Кинези зову, западњачку медицину (*ху ји*).<sup>(18)</sup> Крајем XX века традиционалном медицином се бавило преко 500 хиљада Кинеза, било је 28 факултета са преко 30 хиљада студената и 56 института на којима је изучавана. Светска здравствена организација (СЗО) је 1976. године препоручила употребу вештина и метода традиционалне медицине, базирајући се на кинеским искуствима која су касније послужила другим државама. Будући да је имао основу, јер је још 1975. године у Пекингу формирана Академија за традиционалну медицину Кине, предлог је прихваћен. Кина негује правила из првих записа из области медицине, међу којима је позната књига „Хуанг ди неи јинг“ написана 500 година п/Х-а, али истовремено пише и другу страну историје у којој је Мао-ера алфа и омега. Последица тог паралелизма су многе политичке, економске и социјалне новине од којих су значајније само оне у здравственом сектору због одступања од правила која су поставили „босоноги лекари“.

Унапређене су здравствене установе, медицинске процедуре и освежена је примарна здравствена заштита у регијама у којима је официјелни лекар био права непознаница. Они су управо заслужни за смањење смртности новорођене кинеске деце. Искоренили су богиње, преполовили полне болести а и над туберкулозом су врло лако тријумфовали.<sup>(19)</sup> Но, и поред тога Кина је по много чему специфична тако да се са њом увек мора рачунати на апсурде и изненађења. Кинези до скоро нису имали право на широку породицу већ само на једно дете, иначе више ниси слободан Кинез. То

је предвиђао закон и то врло строг Закон о планирању породице, који напокон више није на снази. У Кини је изнутра присутно много тога сумњивог, гњилог, чудног и изнад свега невероватног. Наиме, пре две године у провинцији Хебеј усвојен је контроверзни пројекат „Кутија за бебе“, у коју родитељи који не могу да издржавају своју децу једноставно оставе дете. План кинеског министарства за Цивилне послове је да до 2015. године прошири пројекат на целу територију Кине јер су за непуну два месеца након отварања прве кутије на предвиђених 25 места родитељи оставили 262 махом болесна малишана. То потврђује сумње да у току једне године најмање 10 хиљада деце из различитих разлога буде сурово напуштено од стране родитеља.<sup>(20)</sup>

На другој страни 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, да рађају, и да ли је омладина у свакој земљи заиста њена будућност? Врло крупна дилема, вредна апострофирања. 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 natalитета неопходно. Иако поносни на продужење просечног животног века који је од 1949. године, до краја 1979. године скоро удвостручен (од 35 досегао је 68 година), Кинези управо од њега и највише стрепе. Реално гледано, стрепње имају основа с обзиром на процене да ће до 2025. године становништво у Кини старије од 65 година достићи 266 милиона или 16,4% од укупног броја становника, а до 2050. године – 437 милиона или 31% од укупног броја становника.<sup>(21)</sup>

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 здравствено осигурање би између себе поделило више провајдера. Ублажио би се тренд старења становништва, миграција, пораста популације и повећања здравствене потрошње са којом се Кина суочава брже од осталих држава.<sup>(22)</sup> Забринути економисти на једној страни упозоравају на бирократско понашање, неефикасност и на монополско деловање јавног (државног) здравственог система а на другој лауреат Нобела Кругман истиче његове предности: „... прво, јавни сектор штеди на административним трошковима које приватне осигуравајуће компаније праве, да би се идентификовале и приказале купцима као скупе и друго, да су 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 што би им омогућио да остваре профит... оне могу да подстакну бољу контролу над свим врстама трошкова.“<sup>(23)</sup> Потребу да се пружање здравствених услуга приватизује треба подржати. И други мисле да постоје многа позитивна искуства у државама 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 али и са државним болницама. Нека боље болнице профитирају.“<sup>(24)</sup>

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

становника износио је 17.175 РМБ и већи је за 8,8% од доходака из 2008. године. 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.<sup>(25)</sup> Трошкови здравствене заштите се стално повећавају и у 2009. години укупно су износили 1,61 трилион РМБ или 10,9% више него у 2008. години. Влада је из буџета покрила 24,7%, осигуравајућа друштва 34,9% и појединци 40,4% трошкова јавне (државна) 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 су у укупним државним учествовали са 9,9%.<sup>(26)</sup> Намере су биле да се до краја 2012. године удвоструче издвајања због чега би урбани становници уместо досадашњих 12 \$ УС убудуће морали да уплаћују по 30 \$ УС на годишњем нивоу, јер су здравствени расходи већи у урбаним подручјима. Овај потез владе је наишао на добар одзив и без поговора је прихваћен од преко 120 милиона Кинеза. Влада је обећала да ће у 2009. години уложити 123 милијарди \$ УС у наредне три године за обезбеђење здравственог осигурања и здравствене заштите својих грађана, што је и извршила. Датог обећања држала се врло коректно јер је њен најважнији циљ био да до краја 2011. године обезбеди здравствену заштиту за 90% становника.<sup>(27)</sup> 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. године 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 \$ УС.<sup>(28)</sup>

Кина ће уз помоћ Светске здравствене организације (СЗО) временом постићи значајне резултате и унапредити квалитет јавног здравља онако како је и предвидела глобалним развојним програмом. Програм садржи конкретне акције за развој здравственог у оквиру економског система (појачан надзор, брза идентификација болести модерног доба, спречавање опасности које оне носе и сл.) и предвиђа одговорност за евентуални неуспех.<sup>(29)</sup> Његово доношење је нужно јер кинески здравствени систем значајно заостаје у односу на друге системе у свету, упркос просперитету земље у којој милиони грађана економски напредују. Критичари актуелног стања, међутим, то другачије виде. Њихово мишљење је да је доносиоцима поменутог програма био потребан директан сусрет са болестима модерног човека па да коначно схвате колико је битан компетентан и на нивоу државе уређен здравствени систем. Дакле, потпуно супротан актуелном који је недовољно децентрализован, разуђен и фрагментисан, што га чини неспремним да пружи брз, адекватан и координиран одговор на ванредне ситуације везане за јавно здравље. Поред тога његова комерцијална оријентација и поремећени односи на линији здравствена понуда–здравствена тражња генерисали су додатне проблеме код пружања превентивних јавних услуга, припадања врстама здравственог осигурања и код стручног надзора.

Кинеска званична политика је скоро три последње деценије XX века, правила грешку тако што је форсирала развој економског сектора на штету здравља близу 800 милиона својих претежно руралних становника. Када су проблеми прерасли могућности, званична политика је кренула у потрагу за најподеснијим начином помоћу кога би извршила реорганизују здравственог система и ојачала вертикалне и хоризонталне координате различитих делова његове структуре. Први показатељ да је курс најзад промењен и да су проблеми озбиљно схваћени је повећање издвајања за

финансирање здравствене заштите. Стандардно издвајање за потребе здравственог система креће се између 4 и 4,5% бруто друштвеног производа (БДП), али Кина и даље заостаје за Европском унијом у којој су просечна издвајања око 9%, или за Сједињеним Америчким Државама, које за исте намене издвајају између 17 и 18%.<sup>(30)</sup> Светска банка (*World Bank*) је саопштила да је кинеска влада успела да до средине 2000. године смањи издвајања за покривање здравствених расхода за 17%. Након непуне деценије Светска здравствена организација (СЗО) је у свом извештају објавила податак да су у 2009. години здравствени расходи као компонента укупних државних расхода износили нешто испод 10%.<sup>(31)</sup>

Уназад неколико деценија академски ауторитети су били противници оваквих паралела. Нису прихватили упоређивања кинеског здравственог система са, на пример, америчким, француским или канадским, у којима се здравствена заштита (посебно примарна) доживљава као хитност да се брзим кораком пође осигурању у сусрет. У Кини су такве прилике добијали само становници урбаних, односно географски привилегованих делова. Што се тиче руралних становника, они су били лишени правовремених здравствених услуга, тако да је њихова судбина била у рукама „босоногих лекара“ или Гоатаме Сидарте – Буде.

Због спречености да следи економске развојне процесе, кинески здравствени систем је значајно заостајао тако да је потпуно нормално што је од експерата Светске банке (*World Bank*) оцењен као лично неуспешан. У време изрицања, лоше оцене су имале велику специфичну тежину, али да су дате само мало касније на њих се нико не би осврнуо. Разлог томе је што искорак у другу фазу развоја Кина постаје парадигма брзорастуће и динамичне економије. Очарани њеним економским напретком, аналитичари-футуристи смело тврде да ће у догледно време њен здравствени систем функционисати попут

најсавременијих система у свету. Њихов оптимизам фундира на добром познавању политичке и привредне мапе Кине, квалитета здравља њених становника, разлога њеног економског *boom*-а и, што је посебно важно, на јасном разликовању два паралелна економска модела, државног (јавног) и тржишног. Први модел је наслеђени комунистички, централистички, ригидан и веома строг, у коме државна рука чврсто држи гро здравствених и других потенцијала. У прилог томе Фриман и Боинтон кажу „...да се не треба чудити што је влада са Централним комитетом Комунистичке партије Кине у априлу 2010. године, за велику здравствену реформу од које се очекивало демонтирање старог и унапређење новог здравственог система, издвојила 850 милијарди јуана (170 милијарди \$ УС), на рок од три године... у време када је у држави на снази била економска рецесија.“<sup>(32)</sup> Први утисак је био да су реформе само делимично спроведене. Касније се испоставило да су управо оне дале снагу здравственом систему да дугим кораком искорачи напред, да свој концепт приближи концепту развијених здравствених система, да почне личити на њих и да их следи.

Други модел је карактеристичан за отворене, тржишне привреде. Лагано се инкорпорира у глобално кинеско биће и занимљив је кинеској влади, али она нема намеру да скоро и потпуно напусти централистички (комунистички) модел. Тржишни модел је од кинеске здравствене економије врло брзо створио хибрид у коме државне (јавне) здравствене институције али и приватни здравствени субјекти нису били у стању да се одмах привикну на нову позицију у коју су се нашли. Иницирао је честе сукобе између присталица владиног концепта и фракције која светлију будућност за здравље становништва види једино у тржишној привреди. Исказана подршка продору тржишних механизма у здравствени систем резултат је уверења да ће он створити услове осигураницима да посете лекара по сопственом избору, под условом

да су спремни да када је потребно додатно плате коришћене здравствене услуге.

Мање стрпљиви лекари (официјелни и алопате) напуштају професију и одлазе да се баве пољопривредном производњом или грађевинарством, где могу више да зараде.<sup>(33)</sup> То су они исти лекари, заслужни за смањење смртности новорођене кинеске деце и за промене у здравственом сектору, било да су „босоноги” или официјелни. Овај проблем је невероватно опасан. Простире се на будућност и озбиљно упозорава свршене студенте медицине да их не могу мимоићи претходно поменути тешкоће и да ни по коју цену не прихватају службу у здравственим установама у руралним областима или у мањим градским болницама. Независно од тога Кина и даље образује (и поседује) велики број лекара, тако да је тренутни однос лекар–осигураник 1:730, много већи него у Сједињеним Америчким Државама (1:611) или неупоредиво већи него у Италији (1:210).<sup>(34)</sup> Модерна Кина има болнице за богате, што је посебна карактеристика њеног здравственог система и за многе прави изазов. Пораст богатог урбаног становништва створио је већу тражњу за висококвалитетном здравственом заштитом. Ко је материјално ојачао, постао је расположен да финансијски улаже у заштиту свог здравља, а жеља за квалитетним здрављем потиснула је све остале, па и жеље за лукративним добрима.<sup>(35)</sup> Здравствени капацитети су структурирани по пирамидалном моделу, мали су на дну, следе их средњи, а на самом врху су најеминентнији.

Када се иде за услугом, ранг установе нема већег утицаја на понашање пацијената зато што су њихове навике исте или сличне навикама других пацијената у свету. У заштиту свог здравља на први поглед стрпљиви Кинези обично иду наопако, од самог врха. У таквим ситуацијама свака градска болница има прекобројне посетиоце и неизбежна уска грла, док мање болнице остају непосећене и са ниским

процентом искоришћености капацитета, што их квалификује као сувишне. Многе бивају угашене а објекти се преусмеравају за друге намене. Постоје државне болнице које настављају и даље да раде, али на принципу „меких буџетских ограничења“, што значи да ипак не могу нормално да функционишу и да се правилно развијају.

Кина је од 1981. године до 2004. године привредним растом успела да из чељусти сиромаштва отргне преко пола милијарде својих грађана, али није успела да их лиши трошкова лечења који су наставили да буду највећа претња посебно сеоском становништву и становништву са ниским примањима. У међувремену, приватни здравствени сектор је учинио своје. Између 1981. године и 1993. године број кинеских становника који су имали приступ државним здравственим установама смањен је са 71% на 21%. На прагу XXI века укупна здравствена потрошња која се односила на становништво руралних области смањена је са 12,5% на 6,6%<sup>36</sup> – што се објашњава техничким миграцијама, односно осипањем руралног становништва. Ступањем на снагу одлуке владе 2003. године да пољопривредници у корист рачуна здравствених задруга уплаћују партиципацију по 3 \$ УС, осетније су повећана издвајања за заштиту становника у руралним подручјима. Неупућени могу мислити да су издвајања мала, међутим, корпус од 850 милиона пољопривредника делује импозантно. На другој страни, у урбаним подручјима здравствени расходи одавно превазилазе 80% укупног износа.

Кина је увек била и остаће велика мистерија са брзим променом ритма који је тешко пратити. Чак ни њени грађани још не знају где се одвијају најзначајније промене, шта ће оне донети и ко је одговоран за њихово спровођење. Забринуте за своје здравље питају се може ли се предвидети и контролисати атаковање на животну средину за чије је уништавање Кина директно одговорна и јавно прозвана. Многи држе до става да је веома близу дан када многи Кинези од смога и других нехигијенских

састојака неће моћи да изнад својих глава угледају небо. Круг се једном за свагда и за свакога мора затворити, али су шансе да животна средина остане онаква каква је била скоро никакве, једино, ако се ускоро и драстично не промени понашање предузетника и однос између здравље–профит. Елитистима су била пуна уста да су кинеске реформе у свим секторима па и у здравственом права парадигма неуспеха, међутим истекло је њихово време и време када многи Кинези нису имали ниједан облик здравственог осигурања.

### **УМЕСТО ЗАКЉУЧКА**

Две напредне економије, развијене државе групе БРИКС, Индија и Кина у заштити здравља своје популације улажу све више напора и средстава подржавајући развој својих здравствених система. Свака од њих фокусирана је на образовање кадрова, на здравствено просвећивање становништва, на појачану превентивну здравствену заштиту и њену доступност већем броју грађана. Индијски привредни успех обећава здравственом систему успешну будућност. Индија показује спремност да најкасније до 2020. године за његово финансирање издвоји стандардних 8% из свог бруто друштвеног производа (БДП). Оптимисти иду даље, уверени да ће издвајање достићи и 10% на годишњем нивоу. За сада, углавном урбани Индијци, позитивно гледају на систем здравствене заштите, очекујући даљу и снажнију доминацију приватног сектора, што се не може рећи за становнике руралних подручја. Индијски здравствени систем је у последњих неколико деценија, захваљујући приватној иницијативи, значајно напредовао, иако и даље заостаје за системима у развијеним а и многим суседним државама. Подаци о заостајању су објављени у извештају о здравственој потрошњи по глави становника која је у Индији далеко испод препорука Светске здравствене организације (СЗО).

Мора се истаћи да је у Индији, последњих година евидентан напредак у здравственој инфраструктури. Многи страни инвеститори улажу у објекте и у савремену технологију и здравствену опрему, с тим што и даље остаје проблем дистрибуције кадрова и висок степен њихове фрустрације. У руралним областима државе учвршћен је низак квалитет здравствене заштите због недовољног броја лекара а урбаним областима због ниских зарада. Свесна одлука о давању приоритета приватном здравственом сектору и превалирање укупне бриге о здрављу грађана на провајдере здравственог осигурања концепт је модерне индијске политике. Одлука је проистекла из оцене да су сви јавни (државни) сектори у Индији велики потрошачи и да је за то најбољи лек превалирање обавеза на секторе који могу да прихвате такве изазове. Тако су приватном капиталу широко отворена врата, а здравствени систем је постао занимљив за приватна осигуравајућа друштва која *en massa* закључују уговоре о здравственом осигурању. Провајдери здравственог осигурања послују на комерцијалној основи и немају интереса да закључују турсне уговоре са осигураницима чије се здравствене референце косе са њиховим интересима.

Кинеска влада је схватила да је здравствени систем сложена машинерија за коју нема довољно делова, а и они који постоје нису постављени на прави начин и на право место. Међутим, разлике између руралних и урбаних делова у Кини имају посебну димензију. Опрезности ради економски *boom* не треба користити за афирмацију здравственог система у коме су многе слабости још видљиве а проблеми тешко решиви. Није неуобичајено да болнице остају без електричне енергије или гаса због лошег напајања и снабдевања или без икакве комуникације са спољним окружењем. Проблем је у недовољним финансијским средствима за покривање текуће потрошње. Редови испред чекаоница су без краја и у њима се идентификациони

(редни) број за посету лекару мора чекати и по 15 сати. Реч је о лошим референцама здравствених служби. Снабдевање лековима је дискриминаторски посао фармацеутских компанија које су врло агресивне и пробирљиве. Клинике, болнице и домови здравља у највећем делу су у државној својини што здравствену делатност и чини битном државном (јавном) функцијом. Одговорност за функционисање здравственог система сносе све политичке структуре од локалних до врхунских, државних које имају ограничен буџет и немају довољно простора да подстичу бољу и разноврсну здравствену понуду.

Ако се упореде Индија и Кина, онда се долази до закључка да се Индија дуго мучи са повећањем издвајања за здравствену заштиту за разлику од Кине, са којом бележи скоро идентичну стопу привредног развоја, али за то има неколико разлога. Први разлог је што је Кина своје привредне реформе покренула скоро деценију раније од Индије, што је на време направила пресудан корак за добар старт и за већу стопу раста. Други разлог је што је Кина извршила притисак на све субјекте да се подвргну апсолутној штедњи која је брзо достигла око 36% бруто друштвеног производа (БДП), док је у Индији достигла ниво од само 23% бруто друштвеног производа (БДП). Трећи разлог који ставља Кину испред Индије је што је Кина привукла преко 40 милијарди \$ УС директних страних инвестиција (*Foreign Direct Investment – FDI*) а Индија само 2 милијарде \$ УС.<sup>(37)</sup> У Кини су, као у Индији, на снази закони који дозвољавају страним инвеститорима да улажу капитал у здравствену привреду.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Derdak T, Grant T. ed. 2003, International Directory of Company Histories. Volume 53. St. James Press. pp. 142–146.
2. Itumalla R., Acharyulu GVRK. Indian healthchare and Feoreign Direct Investment: Challenges & Opportunities. Asia Pacific Journal of Marketing & Management Review, October 2012; Vol.1 No. 2: pp. 57–69.
3. 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.
4. Ђукановић В. Традиционална медицина са аспекта Светске здравствене организације (СЗО), (у: Ка интеграцији савремене и традиционалне медицине). ЕЦПД – Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1995, стр. 18.
5. Annual report to the Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi, September 2010, pp. 21.
6. Gupta SP. Report of the Committee on India Vision 2020, Planning Commission Government of India , New Delhi, December, 2002, pp. 52–57.
7. Central Bureau of Health Intelligence. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. Health Information of India 2000 & 2001.
8. Annual reportt to the eople on Health, Government of India Ministry of Health and Family Welfare, Nirman Bhawan, New Delhi, September, 2010. pp. 29.
9. Indian Brend Eqiuty Foundation Ernst & Young Quality In Everethy We Do, <http://chaithanya.org/php/showContent.php?linkid=54&partid=13>. Posećeno: 7 jul 2012, 18:04.
10. Health care in India Emerging Market Report: Health in India 2007, Pricewaterhouse Coopers, p. 1
11. Government of India. National Health Accounts 2004–05. New Delhi: National Health Accounts Cell, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2009.
12. Market overview Healthcare, October 2007, IBEF-Indian Brend Eqiuty Foundation, p. 2.
13. Rieff D. “India’s Malnutrition Dilemma”. (Source: The New York Times, 11 October 2009).
14. Selvaraj S, Karan A. Deepening Health Insecurity in India: evidence from National Sample Surveys since 1980s. Econ & Polit Weekly 2009; 44: 55–60.
15. Peters D. Muraleedharan VR. Regulating India’s health services: To what end? What future? Social Science and Medicine, 66, 2008, pp. 2133–2144.
16. Rao K, Peters D, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India-a scale to measure patient perceptions of quality. Int J Qual Health Care 2006; 18: 414-21.
17. Gangolli VL, Duggal R, Shukla A. Review of Healthcare In India Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Research Centre of Anusandhan Trust, Survey No. 2804 & 2805, Aaram Society Road, Vakola, Santacruz East, Mumbai-400055, Published in January 2005, pp. 1–6.
18. Hongyi L, Hua T, Jiming H, Lianxin C, Nai L, Weiya X, Wentao M. Perivascular Space: Possible anatomical substrate for the meridian. Journal of Complementary and Alternative Medicine. 9:6, 2003, pp. 851–859.
19. Sidei VW. The barefoot doctors of the People’s Republic of China. New England Journal of Medicine 1972; 2SeA: 292–99.
20. Блиц, „Сиромашне мајкепредају држави бебе које не могу да издржавају“, петак 4 април 2014, стр. 8.
21. Deloitte Global Services Limited, 2010, Life Sciences and Health Care in China

- Opportunities, challenges and implications, (www.deloie.com/about). Posećeno: 14 august 2013, 21:33.
22. 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.
23. 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.
24. Chow GC, Shen Y. „Demand for education in China“. *International Economic Journal*, 23 June 2006, pp. 129–147.
25. Државни завод за статистику у Кини (НБСИЦ), 2008.
26. *World Health Statistics 2010*, World Health Organization, WHO, Geneva, February, 2010.
27. *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*. Mart 1, 2007.
28. Zeng YS. *A Treatise on New Farm (Xin Nong Lun, in Chinese)*. Beijing: Xin Hua Publishing Company, 2004, str. 309.
29. Liu Y. *Public health-care system in China, Policy and Practice*, *Bulletin of the World Health Organization* July 2004; 82 (7): 537.
30. Liu Y, Rao K, Evans T, Chen Y, Hsiao WC. *China: increasing health gaps in a transitional economy*. In: Evans T, Whitehead M, Ditrichson F, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 2001, pp. 76–89.
31. *World Bank, financing health care: issues and options for China*. Washington (DC): World Bank; 1997.
32. Freeman WC, Boynton LX. *Implementing Health Care Reform Policies in China, challenges and opportunities*. Centar for Strategic & International Studies, December, 2011, p. 11.
33. Sidei VW. *The barefoot doctors of the People’s Republic of China*. *New England Journal of Medicine* 1972; 2SeA: 292–99. p. 18.
34. Тотић И. Економски аспекти реформи у здравственом осигурању. *Здравствена заштита, часопис за социјалну медицину, менаџмент у здравству и здравственој заштити, Комора здравствених установа Србије, Београд*, 2011; бр. 4: стр. 1–12.
35. 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.
36. Ye Song ZA. *Treatise on New Farm (Xin Nong Lun, in Chinese)*. Beijing: Xin Hua Publishing Company, 2004, p. 309.
37. Smith RD. *Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature*. *Social Science & Medicine*. 2004; 59: pp. 2313–2323.

---

**Контакт:** Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Департман за право и Департман за економију.