

СВЕТСКО СТАРЕЊЕ ПОПУЛАЦИЈЕ И ПОРАСТ ФИНАНСИЈСКИХ ИЗДВАЈАЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ - ПРИМЕР ВОДЕЋИХ БРИКС НАЦИЈА

Михајло Јаковљевић

*Катедра за глобално здравље, економију и политику, Факултет
медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија
Академија медицинских наука Српског лекарског друштва, Београд, Србија*

Сажетак

Старење становништва се појављује у демографској историји човечанства као сложен феномен превасходно почев од двадесетог века. Настаје здруженим садејством опадајуће стопе плодности жена, унапређеним преживљавањем деце у раном детињству и продуженом очекиваном дуговечношћу грађана. Међу коренитим узроцима се наводе индустријске и потом сексуална револуција, еманципација, школовање и апсорбовање жена у тржишта рада и напредак превентивног - јавног здравља и куративне - клиничке медицине. Процес старења има два кључна обележја у смислу његове распрострањености у простору и времену. Географски је постао раширен на свим континентима богатог севера и сиромашног југа са привременим изузетком једино у неким земљама суданске Африке и Авганистану. Хронолошки процес не напредује константним темпом него се видно убрзава. Студије показују да ће се чак и у водећим земљама у развоју убрзати у просеку троструко у првој четвртини XXI века у односу на последњу четвртину XX века. Земље БРИКС-а (Бразил, Русија, Индија, Кина) су актуелан пример за проучавање динамике и последица процеса старења. Земље ове групе се током већег

дела протеклих двадесет година развијају темпом који вишеструко превазилази темпо раста зрелих западних привреда. Јасно је да се региони света налазе у различитим стадијумима старења становништва - одмакли (Јапан, Западна Европа, делови Далеког Истока), средњи (Источна Европа, земље Арапске лиге и Латинске Америке) и јувенилни, тј. рани стадијум (црна под-сахарска Африка, делови централне и јужне Азије и Индијског потконтинента). У том смислу земље имају корисну прилику да уче на моделима туђих историјских грешака и успеха. Основни проблем лежи у чињеници да је целокупна традиција здравствених система и социјално-пензионог-инвалидног осигурања сазидана на моделу демографског раста који је био универзалан у свету крајем XIX и почетком XX века. Изузетним потребама старих лица за дугорочном кућном и медицинском негом се придружује феномен последње године живота у којој грађанин-пацијент потроши ресурса у висини сопствених медицинских расхода за читав претходни живот. Не постоји једносмеран нити безболан одговор на овакву еволуцију саврмених друштава. Ипак, време ће нас принудити на развој каквог-таквог модела адаптације с обзиром на јасну дугорочну неодрживост данашњих механизма финансирања и обезбеђења ових пот

Кључне речи: старење становништва, БРИКс, финансирање, дугорочни тренд, демографија

Старење становништва као јединствен догађај у демографској историји човечанства

Писано предање као и усмена традиција различитих народа и државотворних процеса на меридијанима широм света памти заједнице људске прошлости као вечно млада друштва. Без обзира да ли говоримо о етничким заједницама древних или саврмених пред-индустријских култура, да ли посматрамо религијске кругове водећих монотеистичких или паганских вера, све „без разлике, деле неколико заједничких образаца. Демографски гледано, у питању су заједнице са снажном превагом деце и младих у односу на старе, релативно кратким очекиваним животима на рођењу од свега три до четири и по деценије и високом стопом плодности. Структура оболевања и умирања су дубоко обележене заразним болестима, трауматизмом и раширеном појавом неухрањености и глади услед дубоког сиромаштва [1]. Без обзира на веома споре али дубоке и темељне промене у друштвеним односима, степену и начину експлоатације маса од стране локалних елита, систем успостављања

и одржавања социјалне правде и цивилизацијски напредак, ова демографска обележја остају мање-више константна кроз миленијуме од зоре писане историје човечанства.

Ипак, захуктали след догађаја покренут Европским колонијалним освајањима света, геноцидним праксама над домородачким народима разних меридијана и напослетку, појава индустријске револуције уздрмаће и саме темеље овог наизглед непомерљивог начина живота традиционалних људских заједница. Дубока друштвена раслојавања покренута технолошким иновацијама у западној Европи временом доводе до снажног развоја капитализма и неминовности укључивања жена и деце у тржиште рада [2]. Овај необично суров период је запамћен у западњачкој официјалној историографској школи као време изградње првих зачетака синдикалног удруживања радника у индустрији. Нека од невероватних достигнућа тога времена у колонијалној енглеској империји касног XVIII и раног XIX века су рецимо забрана запошљавања деце испод десет година у рудницима или ограничавање трајања радног времена не преко 12 сати дневно у индустрији текстила. Даљи ток прве и друге индустријске револуције ће довести и до раних корена сексуалне револуције превасходно у Европи а потом и њеним колонијалним наследницама [3].

Важан део богаћења елите и постепеног и врло мукотрпног пораста животног стандарда обичних људи у земљама Запада је била масовна сеоба са села у град - „трбухом за крухом“ која се у Европи и Америци окончала трајном миграцијом око три стотине милиона људи [4]. У том процесу долази до урушавања традиционалног племенског начина живота (задругарства на примеру Совјетског Савеза, Израела и бивше Југославије) у великим заједницама неколико узастопних поколења. Уместо ње формира се атомизирана мала градска породица. У новим економским околностима, подстакнуте либерализацијом права жена, еманципацијом и све масовнијим школовањем жена широм света, долази до тзв. инкорпорације жена у тржишта рада [3]. Ефективно ово значи финансијски подстицај женама да рађају мање. Наиме, малена градска породица више нема традиционалну поделу рада на мушке и женске послове у фамилијарној мануфактури. Редовна зарада женског супружника, поред мушке у домаћинству у коме

нема других руку које би преузеле радно оптерећење у случају болести или било каквог другог ризика, представља обично разлику испод или изнад границе сиромаштва. Изненађујуће један исти процес, само у дијаметрално различитим околностима, је током пола века хладног рата узимао маха и на социјалистичком истоку Варшавског уговора и његовим безбројним клијент-државама широм Латинске Америке, Африке и Азије и у земљама тврдог прекоморског неолибералног капитализма [5]. Широки појас Исламске и Хиндуистичке цивилизације Индијског потконтинента се са доста успеха одупирао западном моделу сексуалне револуције и нових породичних односа. Уследило је убрзано и несметано ширење концепта и праксе глобализације на западни начин у временском прозору од 1991. (пресудан догађај распуштање СССР-а у Беловешкој шуми, Белорусија) до 2008. године (више догађаја прекретница почетка нове геополитичке ере мултиполарног света). Велики део успеха овог процеса се дугује економским средствима условљавања и наднационалним финансијским установама Бретон-Вудса створеним крајем последњег светског рата. Углавном МЕНА земље Арапске лиге, Индија и њене сателитске културе ће подлећи новонасталим променама само са драгоценим кашњењем од неколико деценија.

Некакав замишљени објективан и непристрасан посматрач свих ових промена не би никако могао да претпостави оно што ће се догодити као последица свих ових промена. А то је коренит, озбиљан и дугорочан пад женске плодности огромне већине савремених друштава. Наиме, број деце по жени-мајци је пао на примеру сиромашних арапских земаља са седморо на свега троје или мање деце [6]. У Европи ове промене су документоване у архивској грађи француског народа са стидљивим почетком још у време пада Бастиље и почетка Француске буржоаске револуције 1789. године. Код Срба је јасно да је пик високе плодности био између 1870- их и 1910. и да су почеци ових промена старији од века. Наравно то се није десило самостално него удружено са две добре тековине развоја грађанског начина живота, савремене медицине и јавног здравља. То је најпре драстично унапређено преживљавање одојчади и деце у раном детињству до пете године живота. Друга таква тековина је дугорочан и непобитан тренд продужене дуговечности просечног грађанина (очекивано трајање живота на

рођењу) [7]. Овакав тренд је најдраматичнији ток имао код најдуговечније нације данашњице – Јапана. У гладним годинама после Другог светског рата, долази до постепеног увођења разних врста сточног и живинског меса у традиционално морску исхрану локалне популације, ширења система кућног грејања (иначе одсутних у старинској Јапанској сеоској кући), ширења спровођења вакциналних и других јавно здравствених програма. Исход је био невероватан. Скок животног века са 55 на 88 година у прозору од непуних пола века. У источној Европи, земљама СССР-а и касније руског Комонвелта, као и земљама Балкана, се сличан напредак догодио, само нешто споријим темпом. Достигнута дуговечност показује битне регионалне варијације и заостаје за Западном, али је тренд опште снажно узлазан [8].

Све ове три крунске промене, обједињене у времену, су довеле до постепеног преображаја демографских пирамида савремених народа. Процес је временом постао познат као старење становништва (популације) а у лаичком народном жаргону и као бела куга. Запањујуће су и просторно-географска и хорнолошка свеобухватност ове појаве. У времену од око само три до пет деценија он је постао универзална светска појава која се прелила са индустријализованих народа северне хемисфере ка донедавно изразито сиромашном и неразвијеном Глобалном Југу (искључујући неколико мањих националних економија које су преседан у том смислу али маргиналне у величини популације) [9]. Једини изузетак према статистици и проценама Одсека за социјална и економска питања Уједињених Нација, су тзв. 17–18 земаља демографских изузетака. Већина њих су земље црне, Суб-Суданске Африке и Авганистан. Са временског гледишта, сада, у 2017. години се налазимо на јединственој прекретници у читавој писаној историји човечанства – први пут по нашем сазнању ће удео старијих особа у сенијуму преко 65 година старости превазићи удео деце испод 5 година старости у светској популацији. Та тачка укрштања се дешава негде око цифре од пет процената и највероватније је да смо је већ прошли [10]. С обзиром да се описана демографска транзиција показала као неумитан и једносмеран процес, многих последица ћемо засигурно постати свесни тек у деценијама које су пред нама.

Последице старења популације за системе здравствене и социјалне заштите данашњице – питање финансирања

Као што смо уочили на описаним променама, старење популације је добило пандемијске размере. У том светлу за нас су важне две кључне јавно здравствене чињенице у вези са такозваном трећом демографском транзицијом или сребрним цунамијем како се уобичајено назива овај феномен у литератури. Прва је темпо самог старења [9, 11]. Када би тај темпо био мање-више константан и уобичајен у већини популација, историјско искуство земаља које су раније почеле да старе би било веома корисно млађим нацијама. Међутим, испоставило се да су се развијене земље, са почетком индустријализације у касном XVIII и раном XIX веку нашле у повољнијој ситуацији [12]. Процес је испочетка, док су сазревали друштвени предуслови за његово наступање, био поприлично постепен и спор. Међутим, када су се ти претходно описани предуслови већ стекли, демографско старење је кренуло да се значајно убрзава. Уколико посматрамо време потребно да се удео старих преко 60 година дуплира са 7% на 14% укупне популације уочићемо да је Француској за овај скок требало читавих 115 година. У Бразилу се иста промена одиграла за свега 21 годину [13].

Овде долазимо до друге кључне особине јавно здравственог пејзажа старења народа. Посматраћемо накратко период у Европи око преломних 1870-тих година који је довео до потпуног етно-географског преображаја и стварања нових економских постулата на старом континенту. Наиме, то је време зачетака социјализације ризика на примеру Бизмарковог здравственог осигурања индустријских радника и њихових породица [14]. Такође, то је време настанка темеља раних институционализованих, хијерархијски устројених здравствених система. Тада у епидемиолошком пејзажу континента преовладава структура морбидитета и морталитета врло слична оној у данашњој руралној Индији или деловима Африке. Национални здравствени стратегије тога касног XIX и почетка XX века већ имају прилику да виде делотворност превентивних јавно здравствених мера и побољшања ефикасности клиничке медицине [15]. Они су углавном сматрали да су потребна масивна улагања у развој националних здравствених система тога времена. Превасходни задатак те борбе је успостављање контроле

над инфективним болестима, порођајних компликација и обољења раног детињства. Они су убеђени да ће се, по ликвидацији пула заразних болести, здравље популација усталити на својеврсном, много вишем нивоу и потом бити потребна много мања улагања за одржавање новонасталих здравствених система [16].

Изненађење које је уследило након што су индустријализација и колонијални приходи подигли животни стандард маса у земљама Западне Европе нико није очекивао. Дошло је до омасовљавања појаве тзв. болести благостања познатијих као хроничне незаразне болести. Ова обољења, на челу са разним врстама последица убрзане атеросклерозе, рака, душевних болести, дијабетеса, бубрежне слабости су позната у аналима историје медицине од древне прошлости [17]. Међутим с обзиром на релативно кратко трајање животног века просечног грађанина, и начин живота, ове болести су биле епидемиолошки минорног или потпуно маргиналног значаја. Дубоки преображај друштва и начина живота је водио ка већој приуштивости хране за широке народне масе. Егзохотеотермија у домовима и на радним местима, јавни системи водовода са хлорисаном водом, канализације, уклањања смећа, обавезни вакцинални програми сви су на свој начин дали допринос ономе што ће уследити. Напослетку током друге половине XX века по окончању великих сукоба дошло је до открића микрочипа и информационе технолошке револуције [18]. То је довело до потпуног преображаја међународног тржишта рада од тешких послова у примењеној индустрији и пољопривреди ка претежно умном раду уз посредство електронских помагала и средстава за рад. Двотрећински или чак већи део укупног привредног сектора како развијених тако и брзорастућих тржишта је већ дуги низ година у превасходно услужним делатностима. Огроман и растући је удео послова који се могу обављати из фотеље у удобним канцеларијама или чак такозваних консултативних послова у кућним условима на даљину посредством интернета. Ово је довело до потпуног имплементирања седелачког начина живота у савременим друштвима. Већ с краја хладноратовске ере, од 1970-их и 1980-их година са трендом акцелерације ове промене су део одрастања од раног школског узраста. Заједно са елементима популарне културе долази до дисеминације и омасовљавања брзе индустријске хране за масе и појаве безалкохолних напитака са

високим садржајем простих шећера. Успех у богаћењу мултинационалних компанија произвођача овакве хране (Кока Кола, Пепси, МекДоналдс и многи други) довео је до даљег масивног инвестирања у маркетиншку популаризацију употребе истих и представљања таквих навика као део процеса одрастања у тренду. Искоришћена су најбоља сазнања адолесцентне психологије да се створи синкретички систем вредности младих генерација који је између осталог довео до пандемије гојазности и пратећих болести [19]. На ово се историјски надовезала експанзија болести зависности, у уској вези са процесима отуђења Западних друштава, сексуалном револуцијом и развојем Хипи и следствених покрета у Америци (САД) почев од 1960-тих година. Глобално ширење путева злоупотребе алкохола, дувана, хероина и кокаина превасходно, много касније и синтетичких дрога, је одиграло велику улогу у дубоком преображају структуре оболевања и умирања људи данашњице широм света [20–22].

Све описане промене су имале неколико битних здравствено-политичких и здравствено-економских последица по савремени начин живота. Потребе грађанства за услугама здравствене заштите и друштвене подршке су се радикално промениле из корена. Уместо уобичајених бактеријских инфекција прошлости које су се од почетка ере антибиотика углавном лечиле пар недеља са мање-више предвидљивим исходом, дошло се до мукотрпних, хроничних и неизлечивих болести [23]. За разлику од пнеумоније, сифилиса или акутног циститиса третман схизофреније, шећерне болести или терминалне бубрежне слабости, на данашњем нивоу знања траје деценијама. Додатан проблем у вези са омасовљавањем удела старог и пензионисаног грађанства је наступајућа пандемија деменција која је у појединим земљама попут Ирске или Канаде прворазредни национални приоритет. Оваква стања захтевају дугорочну институционалну (старачки домови и специјализоване установе) или кућну негу [24]. Код традиционалнијих народа Азије породично старатељство је још увек императив како због ризика од тзв. катасторфалне потрошње домаћинства у вези са болешћу тако и због друштвене стигматизације. Међутим одрживост породичног неговатељства је веома под знаком питања. У земљи величине Србије, Израелу, имамо процене да се скоро два од осам милиона грађана стара о неком члану породице. То води до великог питања

функционалности запосленог члана породице на дуге стазе који паралелно са оваквим тешким дужностима обично има и радни однос или води бригу о малолетној деци и старим родитељима истовремено [25].

Друго питање је отворено масивном иновацијом у клиничкој медицини како у сфери фармакологије тако и у сфери хируршких дисциплина и посебно употребе имплантата у ортопедији и кардиоваскуларној хирургији, визуелизационе дијагностике, интервендне радиологије, онколошке радиотерапије, психотерапијских приступа, рехабилитационих и физијатријских третмана и тако редом [26]. Уопште, појава нових технологија које омогућавају подношљивији квалитет живота или продужетак живота са тешким болестима, је драстично увећао тражњу за таквим услугама у свим земљама света [27].

Успешност решења начина финансирања здравственог осигурања је довео до испоручивања универзалне покривености свих слојева становништва општом превентивном и куративном здравственом заштитом. Изненађујуће за многе, прва земља на свету која је ово постигла је Совјетска Русија својим Семашко системом у раним предратним 1930-им годинама а на нивоу знања и технологије тога времена. Појава ефикасних централизованих државних фондова у друштвеној својини превасходно у земљама реал-социјализма али у то време и у многим земљама Запада, довела је до појаве ефективно приуштивне или чак бесплатне медицинске неге за крајњег корисника, односно пацијента [28]. Ова појава доводи до опште познатог феномена „тражње индиковане понудом“.

У привредама неолибералног капитализма, здравствени сектор ће временом постати масивно приватизован као што је то случај са САД, Јапаном и рецимо већином земаља Арапске лиге. Овде је проблем лекара, власника или упосленика мале приватне клинике као „савршеног агента“ добио на значају. Давалац медицинске услуге је овде на искушењу да ли да пацијенту пропише традиционалне, конвенционалне и доказано исплативе технологије дијагностике и лечења или иновативне, скупе, вишег ризика, на којима много више зарађује [29].

Занимљиво је да у земљи рођења здравствене економије као дисциплине, Сједињеним Америчким Државама, од давних 1840-их па све до 1960-их пораст расхода тј. издвајања за здравствену

заштиту стабилно прати раст националне привреде и бруто домаћег дохода (БДД/ГДП). Ово је видљиво на примеру поређења цене лекарског прегледа и радничке наднице на месечном нивоу. Међутим од 1960-их због свих наведених и многих других предуслова долази до експлозивног убрзања пораста потрошње за здравство. Овај темпо у већини богатих земаља ОЕЦД, са изузетком Јапана и неколико мањих земаља, достиже чак два пута бржи темпо раста од раста националне привреде у истом периоду [10, 30]. То тако остаје до данас и нема индиција да ће се поменути расходи успоравати или достићи некакав историјски плато. Једине релативно успешне мере контроле трошкова су мере драконске контроле и регулативе тржишта од стране националних влада. Ово је у потпуној супротности са принципима и теоријом неолибералног капитализма. Међутим након треће светске рецесије оваквих капиталистичких система у распону од непуног века, сведоци смо напуштања једне од основних догми глобализације предвођене оваквим моделом привређивања и друштвених односа. Видимо наступајуће конзервативне и протекционистичке тенденције затварања националних тржишта у водећим земљама западног Англо-Саксонског културног круга. У завијенијој правној форми, овакве политике социјализације здравственог сектора, контролисања финансијских ризика и питања приуштивости медицинске неге и лекова за обично грађанство, већ деценијама су на делу типично у рецимо земљама Бенелукса, Скандинавије, Француској и Швајцарској. Очигледно је да ће се овакве дубоке и корените промене одразити и у сфери светског здравственог сектора [31].

Здружене последице старења популације и експлозивног прираста инциденце и преваленце хроничних „болести благостања“ заједно са осталим описаним променама, довели су у питање целокупну одрживост финансирања и управљања савременим здравственим системима [32]. Зашто? Подсетимо се времена у коме су ти системи настајали. Они су као и целокупан систем социјалне пензионе и инвалидске заштите сазидани на моделу демографског раста односно постулату младости и високих стопа рађања који је за то време био универзалан. Међутим, данас влада нова „реалност на терену“. Актуелни пензионо-инвалидски (ПИО) као и здравствено-осигуравајући фондови временом

природно губе на вредности и девалвирају. Потребна им је непрестана текућа подршка коју у већини земаља пружа опорезивање прихода самих послодаваца као правних лица и зарада запослених грађана у радно способној доби. Механизми којима се овакав приход остварује су разнолики од региона до региона али је суштина свуда иста. Маса релативно младог радно способног и запосленог становништва се осипа и умањује и у процентуалном уделу и у смислу апсолутних бројева у већини земаља света [33]. Истовремено маса старијих грађана у сенијуму преко 60, 65 и 80 година старости се сукцесивно увећава. При томе је посебно изражајан тренд акцелерације на субпопулацији веома старих лица. Прираст у бројности тзв. центенаријанаца односно стогодишњака се увећава и до десет пута већом брзином глобално [7]. У вези са тим постоји једна важна истина. Последња година живота, обично намеће потребе за интензивном или онколошком болничком негом или збрињавањем тешких неуролошких и других обољења дубоког сенијума [34]. Ових последњих три до девет месеци обично коштају у смислу медицинске потрошње приближно исто или више од целоживотне друштвене потрошње на здравствену заштиту тог појединца „од колевке па до гроба“ .

Све ово значи да на демографској пирамиди целокупне заједнице, доњи млађи спратови радно способних се сужавају и слабе док горњи спратови финасијски зависних и неретко издржаваних старијих лица се омасовљавају и добијају на тежини. Врло упрошћено, дугорочно гледано је веома неизвесна свеукупна стабилност и одрживост текућег система финансирања јавног здравственог сектора и заштите рањивих слојева становништва. Ово питање је веома „врућа“ политичка тема у економски и развојно потпуно удаљеним системима од Канаде до Лаоса и од Монголије до Аргентине [33].

Појава брзорастућих БРИКС привреда и њихов утицај у арени глобалног здравља

Описана еволуција традиција обезбеђења права на здравствену заштиту широм света је пратила велике, такорећи тектонске геополитичке промене. Неки од „километарских каменова“ које

бисмо издвојили су следећа догађања: Реформе Денг Ксијаопинга почев од 1974. са ефективним успоном кинеске економије након догађаја на Тјан-Мену од 1989; пад Берлинског зида 1989; мирни разлаз СССР договором у Беловешкој шуми, Белорусија 1991; успостављања Мاستришког уговора (оснивачког акта Европске Уније у данашњем смислу) 1992; руска криза морталитета и дно руске рецесије 1998. која је повукла читаву источну Европу и централну Азију за собом; почеци Блиско-источних сукоба око контроле над тржиштима фосилних горива са кулминацијом у догађајима од 2001. и 2003. и поразом коалиције најугицајнијих земаља света у овим ратовима; ширење Атлантског војног савеза на исток Европе противно изворном договору Москва-Вашингтон из времена Перестројке с краја 1980-их; оснивање Шангајске асоцијације за сарадњу ((SCO/ShOS) формално 1996. а под данашњим именом 2001); банкрот браће Лиман у јесен 2007. и покретање светске економске кризе; оснивање Евроазијског економског савеза (ЕАЕС/ЕЕС) 2011; покретање обојених револуција почев од раних 2000-их у земљама бивше Југославије, широм источне Европе и северне Африке (Арапска пролећа); непредвидљив развој сукоба Запада и земаља Руског комонвелта у прокси – ратовима у Грузији (2008), Украјини (2014) и Сирији (2015); објава Међународног монетарног фонда (ММФ) о губитку светског економског примата САД у смислу паритета куповне моћи (ППП) и освајање позиције најбогатије земље света од стране Народне Републике Кине у јесен 2014. и званично напуштање оснивачких постулата Европске уније, Римским уговором о „Европи у више брзина“ 2017. године [35].

Уколико се измакнемо од појединачних преломних догађаја од којих су овде наведени само неки, уочићемо нека од темељних обележја новије економске историје света која имају битне импликације по развој здравственог сектора на свим континентима. Наиме, од почетака колонијалних европских освајања и пада династије Минг у Кини, током последња четири века је успостављен извесни препознатљив образац у економским односима. Богате земље индустријализоване северне хемисфере типично поседују и знање и напредне технологије за производњу. Оне улажу у сиромашне земље преваходно јужне хемисфере где користе релативно образовану, вешту и приуштиву локалну радну снагу.

Типично, зидањем фабрика или хотела у земљама југа, стварају се робе и услуге високог квалитета и завидне цене. Њихово примарно тржиште тј. потрошачко тело међутим неће бити на југу него ће напротив те робе и услуге бити извожене и продаване назад у богатим земљама севера. Овим земљама се након бољшевичке револуције придружује и Совјетски Савез захваљујући изузетној успешности Стаљинових петогодишњих развојних планова и позицији СССР-а као друге светске привреде од 1950-их па све до 1988. године. Иначе, тај модел развоја привреде је и дан данас на снази у великим сегментима савремене кинеске привреде [36].

Овакви неумитни и сурови односи експлоатације су зацементирали имовинске и развојне паритете који су се одржавали у времену без обзира на свеукупни напредак. Озбиљан изазов овом изворно капиталистичком обрацу, је током пола века Хладног рата пружан од стране СССР-а и великог мноштва његових сателитских привреда и тзв. клијент – држава. Као што је познато, комунистичке револуције и успостављање социјалистичких држава су били веома распрострањени широм арапског света, црне суб-сахарске Африке, Латинске Америке и Азије. Након догађаја 1991. уследио је убрзан темпо глобализације на принципима неолибералног капитализма, слабљењу суверенитета традиционалних националних држава и давању неограничених транснационалних права експлоатације профита мултинационалним корпорацијама у свим областима привређивања. Тај модел глобализације као такав се према изјавама њених доктринарних идеолога ширио несметано неких 17 година. Почев од 2008. године указале су се неке не само битне мањкавости и слабости самог економског модела, него и рањивости групе земаља које су биле његови носиоци и ограничења у способности да тај модел наметну трећим земљама. Битан део рушења стереотипа север-југ је везан за постепено економско и политичко успињање групе земаља некадашњег Другог и Трећег света. Ове земље је економиста Голдман-Сакса ирског порекла Џим О Нил објединио у акрониму БРИКс – Бразил – Русија – Индија – Кина (енг. прим. превод „цигла“) [35]. Објаснио је њихову есенцијалну улогу у стварању новог светског економског поретка у свом епохалном извештају из 2001. године. Тада је сматрано да ће се то догађати процесом постепеног прерастања изнутра тј. еволуцијом углавном дуж линија западног, капиталистичког модела без реалнијег

потенцијала за сукобе и револуције по моделу оних из хладно-ратовског времена. Ове земље су заиста свака на свој начин остваривале привредни раст од 6-7% или више процената током већег дела 2000-их година. Поређења ради, златно доба благостања на Западу подразумева раст БДП од 1,5-3% годишње. Све четири земље, сходно својој величини (обједињено око две петине човечанства) су оствариле импресивне успехе у ширењу покривености становништва здравственом заштитом, развоју мреже болница и пратеће инфраструктуре у огромним руралним регионима. Оно што је најважније, укупан раст животног стандарда у овим земљама је извукао преко осам стотина милиона људи изнад границе сиромаштва само у Народној Републици Кини [17]. У претходним упоредним студијама финансијских издвајања за здравствену заштиту на основу Система националних здравствених рачуна Светске здравствене организације видљиво је неколико битних обележја. Најпре, удео земаља у развоју у светској потрошњи на здравство (ниже и средње развијених према Атлас методи Светске банке) дугорочно расте од средине 1990-их ка нашем времену. Удео Г7 константно опада у поређењу са земљама БРИКС-а чији константно расте [36]. Унутар БРИКС групе, Народна Република Кина изразито доминира великом сликом што је очигледно и у размерама апсолутне потрошње и у величинама тржишта лекова и медицинске опреме и уопште националног болничког сектора. Године 1995. најуспешнији је био Бразил у већини показатеља, док је ка 2015. примат преузела Руска Федерација која у пер capita терминима остаје изразито најбогатија земља у групи. Важна забрињавајућа околност и нус-ефекат транзиције и масивне приватизације здравственог сектора је озбиљан раст тзв. издвајања из џепа грађана (приватна потрошња, *out-of-pocket health expenditure*) у свим овим нацијама. Ово се односи како на формална и легална плаћања партиципација и доплата за услуге и лекове тако и на неоформална односно коруптивна плаћања. Проблем је озбиљан и у порасту јер означава пораст друштвених неједнакости и изражену рањивост најсиромашнијих слојева становништва као и опадајућу одговорност државе (дугорочно снижена владина издвајања за здравство) [37].

Текуће средњерочне пројекције раста у овим земљама до 2025. показују да ће се њихов раст, под претпоставком очувања глобалног

мира, наставити мање више несметано без обзира на напоре конкурентне групе водећих земаља света да се тај раст успори или барем одложи [35]. Ово је можда најочигледније на примеру уздржаног става старе Европске петнаесторице и већине Г7 економија према мамутском пројекту „Нови пут свиле“ („Један пут – један појас“) који се повезује са новим, тзв. кинеским моделом глобализације. Овде је наравно веома видан још један раскол унутар Европске уније на примеру учешћа свих централно и источно-европских земаља у поменутом пројекту у формату 16 + 1 и склапању билатералних националних уговора са Народном Републиком Кином. Други индикативан пример унутрашњих подела земаља западног културног круга је оснивање Азијске развојне банке и Банке БРИКС-а којом приликом се један број водећих западних земаља (Британија, Француска, Немачка, Италија) свесно укључио оснивачким капиталом или у својству посматрача, упркос јавном ограђивању тадашњих власти у САД [36].

Једини релативни преседан од овог правила је Република Индија чији удео трошкова за здравствену заштиту стоји фиксно око четири процента чак са лакоом стагнацијом у протеклих двадесетак година. Свакако треба и ово узети са резервом јер је динамичан развој индијске привреде омогућио радикалан скок тих истих издвајања за здравство у апсолутном монетарном смислу расположивих сума за јавни сектор. Између осталог, важно је напоменути да ће Индија због млађег становништва и ранијег стадијума старења популације искусити демографску дивиденду – прираст од око 150 милиона младе радне снаге како идемо ка средини века. Овај стадијум старења и прилике за развој које су повезане са њим је историјски у осталим земљама групе или одавно искоришћена или пропуштена шанса [38].

Без обзира на многобројне тешкоће важно је разумети суштинска и дубока међународна померања тежишта економских и политичких односа са великим последицама по ресор здравствених услуга у већини региона света укључујући и нашу земљу. Описане геополитичке промене су последица дугог процеса сазревања иманентних односа и оно што данас видимо је кулминација процеса дугог скоро тридесет година. Ефективно, зачетак данашње мултиполарне архитектуре светских односа видимо већ у самом крају ере Хладног рата. Битно је разумети да се нови односи

успостављају у многоуглу Шангај – Хонг Конг – Џен Шен – Гуанг Џоу – Макау који је место настанка првог и највећег светског мега града, зоне непрекидне конурбације са преко 100 милиона људи. У садашњој констелацији снага то средиште има тенденцију да прерасте у нови Њу-Јорк Сити, центар са светским цивилизацијским и културним приматом. Слични мега градови – огњишта захукталог развоја се интензивно стварају на кључним географским чвориштима како унутар земаља БРИКС-а тако и унутар мањих али такође брзорастућих „следећих једанаест“ нација (Бангладеш, Египат, Индонезија, Иран, Мексико, Нигерија, Пакистан, Филипини, Турска, Јужна Кореја и Вијетнам - такође акроним Голдман-Сакса). У свим овим земљама, без обзира на бројне тешкоће и регионалне нестабилности, приметан је изразит напредак јавно здравственог сектора. Ово је можда најочигледније на упоредној корелацији финансијских издвајања за здравствену заштиту и прираста у дуговечности просечног грађанина (очекивано трајање живота на рођењу) које има изразиту узлазну путању у свим овим земљама током претеклих двадесет година [39].

Наше време поред тешких изазова поставља многа занимљива питања у вези са постигнућима у обезбеђивању услуга модерне превентивне и клиничке медицине и финансирању истих. Како то да се један круг земаља успешно извлачи из такозване „омче сиромаштва“ диверзификује националну привреду и ниже успехе, док друге у сличним или чак повољнијим спољним околностима стагнирају? Које су границе у продужавању људске дуговечности и да ли је могуће уистину пружити здраво и достојанствено старење већини људи у данашњим заједницама? Хоће ли доћи до платоа у порасту трошкова медицинске неге и терапије у достижној будућности? Да ли ће бити могуће развити ефикасне и флексибилне финансијске инструменте којима ће се моћи вршити мудра и праведна расподела ресурса ка исплативим технологијама и ка онима којима је најпотребнија? Да ли ће дубоке противречности у досадашњем току глобализације и њеним постулатима између интересно супростављених група земаља моћи да се превазиђу мирним моделом мултилатералног развоја? Да ли ће инклузивни систем једнакости великих и силних са малим и slabим земљама који заговара НР Кина уистину заживети у пракси на дуге стазе и како ће то изгледати? Које је место Републике Србије

као чланице формата 16 + 1, и српског народа у целини, у процесу чији ће јасни обриси бити видљиви тек у наредним деценијама? Постоји ли начин да „президамо“ у ефикаснији и одржив текући модел здравственог система у складу са нашим сопственим традицијама а према новонасталој демографској и економској стварности имајући у виду неуспехе и поразе источно-европске и балканске транзиције? Постоји ли могућност да учимо на туђим историјским грешкама у управљању и финансирању здравствене заштите без понављања истих у неком другом облику?

Надамо се да ће одговоре на ова и многа друга питања пружити домаћи академски сектор као природно бољи и одговорнији партнер националним ауторитетима у одлучивању од мултинационалне индустрије са својим профитним интересима и тржишним начином размишљања. Надамо се да ће корпус доказа и објављених студија који је сажет у овом рукопису пробудити радозналост и покренути нова истраживања у интердисциплинарним здравственим наукама.

Литература

1. Feigin V. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1459–44.
2. Gething PW. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388(10053):1775–812. Escoffier J, editor. *Sexual Revolution*. Philadelphia, PA: Running Press; 2003.
3. Escoffier J, editor. *Sexual Revolution*. Philadelphia, PA: Running Press; 2003.
4. Kulcsár L, editor. *Rural migration, Europe and North America 1945 to present*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2013.
5. Gaddis JL. *The Cold War: A New History*. New York: Penguin Press; 2005.
6. Jakovljevic M. Population Ageing alongside Health Care Spending Growth. *Srp Arh Celok Lek* 2017;145(9-10):532–7. doi: <https://doi.org/10.2298/SARH160906113J>
7. Jakovljevic M. The aging of Europe. The unexplored potential. *Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways* 2015;16(4):89–92.
8. Jakovljevic MB, Vukovic M, Fontanesi J. Life expectancy and health expenditure evolution in Eastern Europe-DiD and DEA analysis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2016;16(4):537–46.
9. Jakovljevic M, Laaser U: Population aging from 1950 to 2010 in seventeen transitional countries in the wider region of South Eastern Europe (Original research). *SEEJPH* 2015, posted: XX February 2015. doi: 10.12908/SEEJPH-2014-42

10. Ogura S, Jakovljevic M. Health financing constrained by population aging - an opportunity to learn from Japanese experience. *Ser J Exp Clin Res* 2014;15 (4): 175-181
11. Rancic N, Jakovljevic M. Long Term Health Spending Alongside Population Aging in N-11 Emerging Nations. *Eastern European Business and Economics Journal* 2016; 2(1):2-26.
12. Jakovljevic MM, Ogura S. Health Economics at the Crossroads of Centuries - From the Past to the Future. *Front Public Health* 2016;4:115.
13. WHO. Ageing and life-course. Facts about ageing. <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/> Accessed Jyly 10, 2017
14. Jakovljevic M , Arsenijevic J, Pavlova M, Verhaeghe N, Laaser U & Groot W. Within the triangle of health care legacies - comparing the performance of South-Eastern European health systems. *Journal of Medical Economics* 2017;20(5):483-92.
15. Jakovljevic M, Groot W, Souliotis K. Health care financing and affordability in the emerging global markets. *Front in Public Health* 2016;4:2.
16. Jakovljevic M, Getzen T. Growth of Global Health Spending Share in Low and Middle Income Countries. *Front Pharmacol* 2016;21(7):1-4.
17. Jakovljevic MB, Milovanovic O. Growing Burden of Non-Communicable Diseases in the Emerging Health Markets: The Case of BRICS. *Front Public Health* 2015;3:65.
18. Nikoloski K. Technology and economic development: retrospective. *Journal of Process Management - New Technologies* 2016;4(4):45-50.
19. Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration, Kassebaum N, Kyu HH, Zoeckler L, Olsen HE, Thomas K, Pinho C, et al. Child and Adolescent Health From 1990 to 2015: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2015 Study. *JAMA Pediatr* 2017;171(6):573-92.
20. Jakovljevic M, Varavikova EA, Walter H, Wascher A, Pejic A and Lesch O. Alcohol Beverage Household Expenditure, Taxation and Government Revenues in Broader European WHO Region. *Front Pharmacol* 2017;8:303.
21. Milovanovic DD, Jakovljevic M, Scekcic M, Djordjevic N. Caffeine consumption patterns and determinants among adolescents in Serbia. *Int J Adolesc Med Health* 2016 Oct 14. pii: /j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0076/ijamh-2016-0076.xml. doi: 10.1515/ijamh-2016-0076.
22. Jovanovic M, Jakovljevic M. Regulatory issues surrounding audit of electronic cigarette charge composition. *Front Psychiatry* 2015;6:133.
23. Jakovljevic MM, Lazarevic M, Jurisevic M, Jovanovic MR. When cure becomes an illness-abuse of addictive prescription medicines. *Front Pharmacol* 2015;6:193.
24. Jakovljevic MB. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. *Eur J Health Econ* 2013;14(2):153-9.
25. Jakovljevic M. Commentary: Patient Cost Sharing and Medical Expenditures for the Elderly. *Front Pharmacol* 2016;7:73.
26. Jakovljevic M, Gutzwiller F, Schwenkglens M, Milovanovic O, Rancic N, Varjadic M, et al. Costs differences among monoclonal antibodies-based first-line

- oncology cancer protocols for breast cancer, colorectal carcinoma and non-Hodgkin's lymphoma. *JBUON* 2014;19(3):1111-20.
27. Jakovljevic MB. Targeted immunotherapies overtaking emerging oncology market value based growth. *JBUON* 2015;20(1):348-53.
 28. Jakovljevic M. Pharmaco-economic assessment based decision making in delivering health care being on the rise among Eastern European and Balkans policy makers. *ISPOR Connections* 2011;17(6):19-20.
 29. Pejic AV & Jakovljevic MB. Economic impact of traditional medicine practice worldwide. *Traditional Medicine Research* 2017;2(2): 60-74.
 30. Jakovljevic M, Malmose-Stapelfeldt C, Milovanovic O, Rancic N, Bokonjic D. Disability, Work absenteeism, sickness Benefits, and cancer in selected European OECD countries – Forecasts to 2020. *Front Public Health* 2017;5:23.
 31. Lim SS, Allen K, Bhutta ZA, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388(10053):1813-50.
 32. Jakovljevic M, Varjadic M. Commentary: Do health care workforce, population, and service provision significantly contribute to the total health expenditure? An econometric analysis of Serbia. *Front Pharmacol* 2017;8:33.
 33. Jakovljevic M, Vukovic M, Chia-Ching C, Antunovic M, Dragojevic-Simic V, Velickovic-Radovanovic R, et al. Do health reforms impact cost consciousness of Health care professionals? Results from a nation-wide survey in the Balkan. *Balkan Med J* 2016;33(1):8-17.
 34. Jakovljevic M, Folic M, Dagovic A. Hospital oncology costs among the cohort of elderly in an aging South-Eastern European nation. *Farmeconomia: Health economics and therapeutic pathways* 2015;16(1):3-5.
 35. Jakovljevic M, Potapchik E, Popovich L, Barik D, Getzen T. Evolving health expenditure landscape of the BRICS nations and projections to 2025. *Health Econ* 2016;26:844-52.
 36. Jakovljevic M. Comparison of Historical Medical Spending Patterns among the BRICS and G7. *Journal of Medical Economics* 2016;19:70-6.
 37. Jakovljevic M. The key role of leading emerging BRIC markets for the future of global health care. *Ser J Exp Clin Res* 2014;15 (3):139-43.
 38. Jakovljevic MB. BRIC's growing share of global health spending and their diverging pathways. *Front Public Health* 2015;3:135.
 39. OECD Data. Health spending. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> Accessed July 10, 2017

GLOBAL POPULATION AGING AND GROWTH OF HEALTH EXPENDITURE – AN EXAMPLE OF LEADING EMERGING BRICS NATIONS

Mihajlo Jakovljevic

*Department of Global Health, Economics and Policy, Faculty of Medical Sciences
University of Kragujevac, Serbia
Academy of Medical Sciences of Serbian Medical Society, Belgrade, Serbia*

Population aging is a complex demographic phenomenon present mostly since the XX century. It is being created by falling female fertility, improved early childhood survival and an extended longevity. Core underlying processes were industrial and sexual revolutions, education and absorption of women into the labor markets, progress of both public health and clinical medicine. Geographically aging has taken place worldwide both in rich industrialized North and the poor Global South. The only temporary exceptions are Sudan Africa and Afghanistan. Besides there is clear evidence of its acceleration. Even in emerging nations people will age three times faster from 2000-2025 compared to 1975-2000. BRICs nations (Brazil, Russia, India, China) are a convenient example for research of aging due to their population size and unprecedented long term economy growth. It is obvious that diverse geographical regions are in different stages of population aging: Advanced (Japan, Western Europe, parts of Far East Asia), medium (Eastern Europe, Arabic League, most of Latin America) and juvenile or early stage (Sub-Saharan Africa, parts of Central and Southern Asia). This offers the opportunity for countries to learn from each other's successes and failures. Ground concern is in the fact that entire tradition of health system and social insurance establishment was built on demographic growth model which used to be universal in the late XIX and early XX century. Senior citizens have demanding needs for long term home and medical care. This is worsened by the fact that last year of life intensive medical care costs as much as entire lifetime medical consumption of that person. There is no simple response to ongoing evolution of contemporary societies. Yet, time will force us to develop some kind of adaptive response since current system of financing and provision of such services is completely unfeasible.

Keywords: Population aging, long term trend, demographics, BRICs, financing, health care

Проф. др Михајло Јаковљевић
Светозара Марковића 69
34 000 Крагујевац
sidartagothama@gmail.com