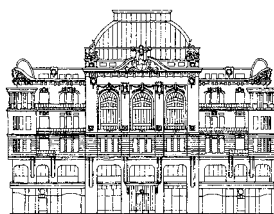


# ЕКОНОМСКА КРИЗА: ПОРЕКЛО И ИСХОДИ

## Зборник радова



SERBIAN ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS  
DEPARTMENT OF SOCIAL SCIENCES  
Economic Sciences Committee

---

---

ECONOMIC SCIENCES COLLECTION  
Book XIV

---

---

# ECONOMIC CRISIS: ORIGINS AND OUTCOMES

Proceedings  
of the Conference  
CRISIS: ORIGINS AND OUTCOMES  
held at SASA on April 20, 2010

Accepted for Publication at the 10<sup>th</sup> Session of the Department of Social Sciences  
of the Serbian Academy of Sciences and Arts, held on December 14<sup>th</sup>, 2010  
after being reviewed by  
Corresponding Member Časlav Očić, University Professors Oskar Kovač,  
Mladen Kovačević,  
Ljubomir Madžar, Blagoje Babić, Milovan Mitrović, Đorđe Popov and Rajko Bukvić

Editor  
Academician  
ČASLAV OCIC

BELGRADE  
2018

СРПСКА АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЕТНОСТИ  
ОДЕЉЕЊЕ ДРУШТВЕНИХ НАУКА  
Одбор за економске науке

---

---

ЕКОНОМСКИ ЗБОРНИК  
Књига XIV

---

---

# ЕКОНОМСКА КРИЗА: ПОРЕКЛО И ИСХОДИ

Зборник радова  
с научног скупа  
КРИЗА: ПОРЕКЛО И ИСХОДИ  
одржаног у САНУ 20. априла 2010. године

Примљено на 10. скупу Одељења друштвених наука  
Српске академије наука и уметности 14. децембра 2010.  
на основу реферата  
дописног члана Часлава Оцића, универзитетских професора Оскара Ковача,  
Млађена Ковачевића, Љубомира Маџара, Благоја Бабића,  
Милована Митровића, Ђорђа Попова и Рајка Буквића

Уредник  
академик  
ЧАСЛАВ ОЦИЋ

БЕОГРАД  
2018

СРПСКА АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЕТНОСТИ  
ОДЕЉЕЊЕ ДРУШТВЕНИХ НАУКА  
Одбор за економске науке

SERBIAN ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS  
DEPARTMENT OF SOCIAL SCIENCES  
Economic Sciences Committee

**ЕКОНОМСКА КРИЗА:  
ПОРЕКЛО И ИСХОДИ**

**ECONOMIC CRISIS:  
ORIGINS AND OUTCOMES**

Припрема      Layout  
Љубица Танасковић      Ljubica Tanasković

Превод с енглеског      English translation  
Александар Павић      Aleksandar Pavić

Штампа      Printed by  
Штампарија Издавачке фондације      Štamparija Izdavačke fondacije  
Архиепископије београдско-карловачке      Arhiepiskopije beogradsko-karlovačke  
Краља Петра Првог 5, Београд      Kralja Petra Prvog 5, Belgrade

Тираж      Circulation  
200 примерака      200 copies

©      ©  
САНУ, Београд, Србија      SASA, Belgrade, Serbia

# САДРЖАЈ    CONTENTS

## ТЕШКА ЈЕ ПРАЗНА ТОРБА (УМЕСТО ПРЕДГОВОРА)

Часлав Оцић

1

УВОДНА ИЗЛАГАЊА	INTRODUCTORY LECTURES
ВЕЛИКА ЕКОНОМСКА КРИЗА И ДРЖАВНА ИНТЕРВЕНЦИЈА У МЕЂУРАТНОЈ ЈУГОСЛАВИЈИ Смиљана Ђуровић	7 THE GREAT ECONOMIC CRISIS AND STATE INTERVENTION IN INTERWAR YUGOSLAVIA Smiljana Đurović
ГЛАВНИ ИЗАЗОВ СВЕТСКОЈ ПРИВРЕДИ: ИСЦРПЉИВАЊЕ „ЕВРОПСКЕ ВРСТЕ РАЗВОЈА“ Благоје С. Бабић	27 THE MAIN CHALLENGE TO THE WORLD ECONOMY: EXHAUSTION OF THE „EUROPEAN TYPE OF DEVELOPMENT“ Blagoje S. Babić
ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ	HISTORY
ПРВЕ ТРИ БАНКАРСКЕ КРИЗЕ У СРБИЈИ ДО 1914. Биљана Стојановић	51 THE FIRST THREE BANKING CRISES IN SERBIA BEFORE 1914 Biljana Stojanović
ЕКОНОМСКА ПОЛИТИКА И КОНЈУНКТУРА У ЈУГОСЛАВИЈИ, 1919–1925. Бошко Мијатовић	71 ECONOMIC POLICY AND MARKET CONDITIONS IN YUGOSLAVIA, 1919–1925 Boško Mijatović
АГРАРНА КРИЗА У СРБИЈИ, 1925–1935. Момчило Исић	91 AGRARIAN CRISIS IN SERBIA, 1925–1935 Momčilo Isić
МЕЂУРАТНЕ ИНВЕСТИЦИЈЕ У ЈУГОСЛОВЕНСКУ ИНДУСТРИЈУ	101 INTERWAR INVESTMENTS IN YUGOSLAV INDUSTRY

И ХРВАТСКО-СЛОВЕНАЧКА ПРОПАГАНДА Слободан Вуковић		AND CROATIAN-SLOVENIAN PROPAGANDA Slobodan Vuković
ТЕОРИЈСКИ ОСВРТ		THEORY
ТЕОРИЈЕ КРИЗЕ – КРИЗА МОДЕРНИХ ТЕОРИЈА Александар Саша Гајић	115	CRISIS THEORIES – THE CRISIS OF MODERN THEORIES Aleksandar Saša Gajić
СВЕТСКА ФИНАНСИЈСКА КРИЗА Оскар Ковач	127	THE GLOBAL FINANCIAL CRISIS Oskar Kovač
МОГУЋИ УЗРОЧНИЦИ ГЛОБАЛНЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ Љубомир Маџар	141	CONUNDRUM OF THE PRIME MOVERS OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS Ljubomir Madžar
ЕКОНОМСКА КРИЗА: ПОУКЕ ЗА ЕКОНОМСКУ ТЕОРИЈУ И ПОЛИТИКУ Исидора Љумовић и Мирослав Н. Јовановић	159	ECONOMIC CRISIS: LESSONS FOR ECONOMIC THEORY AND POLICIES Isidora Ljumović and Miroslav N. Jovanović
ПАРАДИГМЕ ТУМАЧЕЊА И СТРАТЕГИЈЕ ИЗЛАСКА ИЗ КРИЗЕ 2008. Вера Вратуша	173	THE CRISIS OF 2008: PARADIGMS OF INTERPRETING AND STRATEGIES OF OVERCOMING Vera Vratuša
КРИЗА: НЕОЛИБЕРАЛНА ДИЈАГНОЗА – КЕЈНЗОВСКА ТЕРАПИЈА? Бранка Бујишић	193	CRISIS: NEOLIBERAL DIAGNOSIS – KEYNESIAN THERAPY? Branka Bujišić
СВЕТСКА ЕКОНОМСКА КРИЗА: ЈЕДНО ВИЂЕЊЕ Драгана Митровић	201	THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS: ANOTHER VIEW Dragana Mitrović
САВРЕМЕНА ЕКОНОМСКА КРИЗА: „АУСТРИЈСКО“ ОБЈАШЊЕЊЕ Божо Стојановић	217	THE CURRENT ECONOMIC CRISIS: THE “AUSTRIAN” EXPLANATION Božo Stojanović
ИСТОРИЈСКИ УСУД КАПИТАЛИЗМА: КРИЗА КАО ПОСЛЕДИЦА НЕКОНТРОЛИСАНОГ РАСТА Борис Н. Кршев	231	LE DESTIN HISTORIQUE DU CAPITALISME: LA CRISE EN RAISON D’UNE CROISSANCE INCONTRÔLÉE Boris Kršev

С В Е Т	2 4 5	W O R L D
КРИЗА И/ИЛИ НЕНАУЧЕНЕ ЛЕКЦИЈЕ? Ђорђе Попов	245	CRISIS OR AN (UN)LEARNED LESSON? Đorđe Popov
ПОРЕКЛО АКТУЕЛНЕ СВЕТСКЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ Хасиба Хрустић	259	ROOTS OF THE CURRENT GLOBAL ECONOMIC CRISIS Hasiba Hrustić
КРИЗА И КОНВЕРГЕНЦИЈА Живота Ђорђевић	275	CRISIS AND CONVERGENCE Života Đorđević
ФИНАНСИЈАЛИЗАЦИЈА КАО УЗРОЧНИК И МУЛТИПЛИКАТОР КРИЗЕ Рајко Буквић и Часлав Оцић	277	ФИНАНСИЈАЛИЗАЦИЈА КАК ИСТОЧНИК И МУЛТИПЛИКАТОР КРИЗИСА Рајко Буквич и Часлав Оцић
НЕМОЋ МОНЕТАРНЕ ПОЛИТИКЕ У УСЛОВИМА СВЕТСКЕ ФИНАНСИЈСКЕ И ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ Ђорђе Ђукић	293	THE POWERLESSNESS OF MONETARY POLICY UNDER THE CONDITIONS OF THE GLOBAL FINANCIAL AND ECONOMIC CRISIS Đorđe Đukić
ГЕНЕЗА И ПОСЛЕДИЦЕ КРИЗЕ: ГЕОПОЛИТИЧКИ АСПЕКТ Драгомир Анђелковић	307	GENESIS AND CONSEQUENCES OF THE CRISIS: THE GEO-POLITICAL ASPECT Dragomir Anđelković
УЗРОЦИ ГЛОБАЛНЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ И ЊЕНЕ ГЕОПОЛИТИЧКЕ ПОСЛЕДИЦЕ Горан Николић	327	CAUSES OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS AND ITS GEOPOLITICAL CONSEQUENCES Goran Nikolić
Т Р А Н З И Ц И Ј А И С Р Б И Ј А		T R A N S I T I O N A N D S E R B I A
УЗРОЦИ ДУБОКЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ У СРБИЈИ Млађен Ковачевић	339	CAUSES OF THE DEEP ECONOMIC CRISIS IN SERBIA Mladen Kovačević
ЕФЕКТИ КРИЗА У СРБИЈИ Снежана Грк	363	EFFECTS OF THE SERBIAN CRISIS Snežana Grk

СВЕТСКОСИСТЕМСКИ АСПЕКТИ КРИЗЕ И СРБИЈА Слободан Антонић	379	WORLD-SYSTEMIC ASPECTS OF THE GLOBAL CRISIS AND SERBIA Slobodan Antić
АКТУЕЛНА СВЕТСКА ЕКОНОМСКА КРИЗА И ТРАНЗИЦИОНА РЕЦЕСИЈА: ИСКУСТВО СРБИЈЕ Властимир Вуковић	391	THE CURRENT GLOBAL ECONOMIC CRISIS AND THE TRANSITION RECESSION: SERBIA'S EXPERIENCE Vlastimir Vuković
ПОСЛЕДИЦЕ ПРОДАЈЕ ТЕЛЕКОМУНИКАЦИОНЕ ИНФРАСТРУКТУРЕ Александра Смиљанић	405	THE SALE OF THE SERBIAN TELECOMMUNICATIONS INFRASTRUCTURE Aleksandra Smiljanić
СРПСКО ДРУШТВО: КРИЗА, СУКОБИ, РАЗАРАЊЕ И ОПОРАВАК Милован М. Митровић	421	SERBIAN SOCIETY: CRISIS, CONFLICTS, DEVASTATION AND RECOVERY Milovan M. Mitrović
НЕДОСТАЦИ СИСТЕМА КАО ПРЕТЕЖНИ ИЗАЗИВАЧ ГЛОБАЛНЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ (2007–2010) Маринко Бошњак	439	SYSTEMIC SHORTCOMINGS AS A PRIMARY CAUSE OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS (2007–2010) Marinko Bošnjak
ПОСЛЕДИЦЕ ЗАКЉУЧИВАЊА СПОРАЗУМА О СТАБИЛИЗАЦИЈИ И ПРИДРУЖИВАЊУ СРБИЈЕ ЕУ Дејан Мировић	451	CONSEQUENCES OF THE STABILIZATION AND ASSOCIATION AGREEMENT BETWEEN SERBIA AND THE EU Dejan Mirović
ЕКОНОМСКА КРИЗА И ГЛОБАЛИЗАЦИЈСКИ РИЗИЦИ У БАНКАРСКОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ И РЕГИОНА Бранко Урошевић	459	ECONOMIC CRISIS AND GLOBALIZATION RISKS FACING THE BANKING SECTOR OF SERBIA AND THE REGION Branko Urošević
ЕКОНОМИКА ПОСТСОЦИЈАЛИСТИЧКОГ ЗДРАВСТВА Здравко Шолак	469	ECONOMICS OF POST-SOCIALIST HEALTH CARE SYSTEM Zdravko Šolak



# ТЕШКА ЈЕ ПРАЗНА ТОРБА (УМЕСТО ПРЕДГОВОРА)

ЧАСЛАВ ОЦИЋ

ШТА ЈЕ КРИЗА?

Загорски сељак Мика Брезовачки 1931:

Каква је та година деветстотридесетпрва! [...]

Такве још није било! [...]

Госпон биљежник – ... – јели ви знате, кај је то криза? [...]

Криза – ... – то вам је, кад ја својег јунца десет пута терам на сејем, а немрем га продати! ... То се зове, бумо рекли, криза! То је моја криза, али то бу и опћинска криза, јер ја небум могел платити својих, бумо рекли, дажбаина! ...

Славко Колар, *Ми смо за љравицу*, Загреб 1936; приповетка „Криза“.

Мајко, зашто је хладно у нашој соби? – Јер нема угљена, сине. – А зашто нема угљена? – Јер тата нема посла. – А зашто тата нема посла? – Јер има превише угљена.

Иван Дончевић, *Људи из Шушњаре*, Загреб 1933.

Да ли простодушна народска (данас је у моди да се каже: популистичка) дефиниција кризе као економске микро-макро *инконируенције* (огромних социјалних, психолошких и моралних трошкова) коју загорски сељак Мика Б. предочава *Јосион биљежнику* 1931. (у јеку Велике кризе) има универзално значење? Које, дакле, важи и за СЕКУ 2008.

Да ли Мајчин опис *нарушавања равнотеже кайиџала и рада* које резултира кризом хиперпродукције представља опште – *йарадоксолошко* – објашњење феномена?

Да ли је криза циклички *йроцес* („логика историје“ *на делу*) или „линеарни“ „диктат“ (*йројект*), тј. историјски инжењеринг, „практични идеализам“ куденхоф-калергијевског типа у коме ће после сламања традиционалних друштава, у постхуманој будућности киборзи заменити Мику Брезовачког и Мајку.

Која је природа најновије глобалне кризе? Да ли је она традиционални конјунктурни феномен или специфична дотад незабележена (готово уникатна) структурна појава?

Да ли је у питању само максимална, али ипак људска, *ауга сафра фамес* (проклета пожуда за новцем) или много амбициозније претензије глобалних демијурга: стварање новог човека или – постчовека?

## ТЕШКА ЈЕ ПРАЗНА ТОРБА

Та торба је рукопис зборника *Економска криза: порекло и исходи*. Последњих 6–7 година она је свом тежином притискала савест уредника овог зборника.

Почетком 2010. године у Кнез Михаиловој 35 – на иницијативу чланова Одбора за економске науке САНУ и чланова Друштва за привредну историју – др Смиљана Ђуровић, председница тог (тек основаног) Друштва, проф. др Благоје Бабић, Часлав Оцић, председник поменутог Одбора и научни саветник београдског Института за међународну политику и привреду, састали су се да усагласе нацрте образложења за разговора за округлим столом о светској економској кризи. Тада су не мали број економиста и већина политичара сматрали да је криза већ на издисају. Врло брзо, међутим, очекивања да ће та криза врло кратко трајати почела су да бледе: прва фаза оптимизма потопљена је таласом скепсе – криза се манифестовала као појава дугог трајања. Откуд сад тај (својеврсни) *neverendum?* На то су, поред осталог, требало да одговоре учесници расправе за округлим столом

на тему

## ПОРЕКЛО И ИСХОД КРИЗА

Расправу је 20. априла 2010. године у САНУ организовао Одбор за економске науке САНУ у сарадњи с Друштвом за привредну историју у оквиру следећих тематских целина:

УВОДНА ИЗЛАГАЊА	СВЕТ
ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ	КРИЗА, ТРАНЗИЦИЈА, СРБИЈА
ТЕОРИЈСКИ ОСВРТ	ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

После расправе учесници су имали на располагању месец дана да зголове саопштења за зборник радова који је требало да се појави под истим називом као и априлски скуп. У међувремену, Европска академија економских наука и Европски центар за мир и развој УН подстакнути динамичном и корисном априлском расправом у САНУ одлучили су да у октобру 2010. организују округли сто на тему

## ЕКОНОМСКА КРИЗА И ЕВРОПСКА РЕШЕЊА?

као својеврсни продужетак и допуну априлског скупа одржаног под кровом САНУ. Овај скуп је требало да скрене пажњу на могућа европска решења глобалне економске кризе. Модератор априлског скупа је замољен да сачини тезе за разговор на овом скупу. Он је (инкорпоришући и тезе с априлског скупа, пре свега, онај део чији је аутор био Благоје Бабић) крајем априла 2010. то и учинио:

*Тезе за разјавор на тему*  
ЕКОНОМСКА КРИЗА И ЕВРОПСКА РЕШЕЊА?

ПОРЕКЛО И ПРИРОДА КРИЗА

Феноменологија кризе/а  
Друштвена и економска димензија  
Природа економских поремећаја: рецесија, криза, депресија, ...  
Криза хиперпродукције или криза хиперпотрошње?  
Кризе тржишне привреде или кризе капитализма?  
Универзалне карактеристике – макрорегионалне специфичности?  
„Транзиција“ и криза

ПОГЛЕД УНАЗАД

Хронологија криза (привредне кризе у 19. веку; привредна криза 1920–1921. године, Велика економска криза 1929–1933. године; криза стагфлације 1970-их година; енергетска криза 1974; финансијска криза у САД 1987. године и њен одраз на светску привреду; привредна криза у Јапану 1990-их година и поуке за економску политику; Светска криза 2007/8–...): сличности и разлике у узроцима, последицама и антикризним мерама. Спонтани и „плански“ (?) карактер криза.  
Могу ли се данас извући неке поуке из ранијих кризних догађања?

ОБЈАШЊЕЊА КРИЗА – РАЗУМЕВАЊЕ ДАНАШЊЕ  
СВЕТСКЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ

Теорије привредних циклуса (неокласична школа, кејнзовска школа, марксистичка школа, аустријска школа)  
Кондратјевљева теорија дугих таласа  
Геокономско виђење економске кризе

УПРАВЉАЊЕ КРИЗАМА

Мере текуће (националне или макрорегионалне) економске политике  
Улога међународних финансијских институција и геокономских блокова у управљању кризом  
Ривалство или сарадња: аутаркија или светска привреда?

ИСХОД(И) КРИЗА

Криза и промене економско-социјалне структуре становништва  
Политичке (глобалне и макрорегионалне) импликације економске кризе  
Криза и (не)дељивост безбедности  
Криза и интеграциони процеси у Европи

### ПОГЛЕД УНАПРЕД

Путеви и методи опоравка од кризе  
 Временски хоризонт(и) опоравка: кратак, средњи и дуги рок (монетарна, фискална и развојна политика)  
 Једно и јединствено глобално решење?  
 Макрорегионална („блоковска“) комбинована решења?  
 Субевропска и евроазијска решења  
 Европска решења у поређењу с америчком антикризном политиком, руским антикризним програмом и кинеском стратегијом превазилажења кризе  
 Могући (европски) сценарији изласка из кризе (Европа 2020)  
 Институционалне реформе и излазак из кризе  
 Социјални субјекти динамизације будућег привредног развоја – главни чиниоци изласка из кризе

С обзиром на то да се врло брзо показало да нема услова за организовање (међународног) октобарског скупа, модератор априлског скупа узео је слободу да свим учесницима тог скупа пошаље и тезе за планирани октобарски скуп, као својеврсни подсетник, али и путоказ, којим се унеколико проширују и разбокорављају првобитни оквири зборника зацртани горе наведеном шестоделном структуром априлског скупа. То је имало врло позитивно дејство тако да се до краја 2010. на столу уредника зборника нашло тридесетак – редигованих и рецензираних – квалитетних радова, спремних за прелом и штампу.

Тада нико није није могао ни да сања и да ће и зборник о кризи упасти у кризу – кризу објављивања. Покушало да завлада ледено доба постистине, па је и овај наш зборник био жртва замрзавања. Чекање на штампање зборника ипак се није претворило у *neverendum*, тако да су повољне климатске промене у 2018. створиле прилику да се овај сада већ времешни научноистраживачки подухват – издржавши на најбољи могући начин пробу времена – публиковањем приведе крају.

Насупрот томе, изгледа да су слаби изгледи да за нашег живота видимо крај светске економске кризе. Криза је фактички постала перманентно (у сваком случају хаотично) стање на које се треба привикавати. Како? Одговор на ова и друга бројна „кризолошка“ питања могао би да пружи скуп који Одбор за економске науке САНУ планира да организује 2019. године под насловом

### СВЕТСКА ЕКОНОМСКА КРИЗА: 10 ГОДИНА ПОСЛЕ

Ово је први позив за учешће на том скупу.

# ЕКОНОМИКА ПОСТСОЦИЈАЛИСТИЧКОГ ЗДРАВСТВА

## ЗДРАВКО ШОЛАК

Висока пословна школа струковних студија, Нови Сад, Србија

zdrsolak@yahoo.com

**САЖЕТАК.** Решавање економских проблема у здравственом систему у периоду друштвеног преображаја у земљама бившег социјализма – и у Србији током последње две деценије – отежавала је њихова удруженост с другим тешкоћама које иначе прате процес крупних друштвених промена. Преко одабраног скупа параметара, стање у здравственом систему Србије упоређено је у овом осврту са здравственим системима других земаља. У Србији, као и у другим бившим социјалистичким земљама смртност становништва услед кардиоваскуларних обољења на вишем је нивоу у односу на западноевропске земље. Кардиоваскуларне болести представљају не само знатан социомедицински проблем, оне су и знатан економски терет за друштвену заједницу. Њихова превенција као и превенција осталих масовно распрострањених обољења попут малигних, дијабетеса и других заслужује да буде узета у обзир при дефинисању циљева највишег приоритета здравствене политике у наредном периоду. У том случају би и методи финансирања здравствене заштите требало да буду томе прилагођени – да обезбеде широку доступност и правовременост здравствене заштите, и остварење права на здравље.

**КЉУЧНЕ РЕЧИ:** Србија, финансирање здравствене заштите, бивше социјалистичке земље, кардиоваскуларне болести

Осврт на збивања у здравственом систему Србије у последњој деценији прошлог и првој деценији овог века открива појаву често најављиваних и планираних осетлијих промена. Али, изузимајући увођење приватног здравства и промене у сфери промета лекова и ширење мреже апотека, тешко да би се нашле неке друге промене које би се могле назвати великим заокретом.

Утицај који на здравствено стање становништва имају економске кризе и незапосленост може да се испоји на различите начине. Здравље појединих социоекономских категорија становништва може да се погоршава уколико криза знатно умањи квалитет њиховог животног стандарда. Здравље становништва током кризних година може да се погорша и ако се умањи квалитет здравствене заштите коју здравствена служба пружа грађанима. Током кризних година на здравље неких пацијената, као што су, на пример, особе с менталним проблемима и поремећајима, негативан утицај могу да испоље разни фактори који погоршавају стање.

Уколико се у здравствени систем уводе промене којима се пре свега настоје остварити економски циљеви, те промене, такође, могу да постану узрок по-

горшања здравственог стања појединих стратума становништва. Шта се променама добија а шта евентуално губи, преиспитивање је које обично прате оштре полемике и појачано интересовање медија.

## КОНТИНУИТЕТ ОСНОВНОГ МОДЕЛА ФИНАНСИРАЊА

Примена обавезног здравственог осигурања главно је обележје система финансирања здравствене заштите у Србији. Ослонац на модел обавезног здравственог осигурања остала је главна одлика не само система финансирања здравствене заштите него и здравственог система у целини. Србија остаје у скупу земаља које су решавајући проблеме у здравству током последњих деценија остале при непромењеном основном моделу финансирања. Имајући у виду садашње прилике у Србији тешко је веровати да би се у скорој будућности могао реформом напустити модел обавезног осигурања. Раних деведесетих стигле су иновације које су брзо ухватиле корена: уведени су приватно здравство и приватни канали дистрибуције лекова. А од тог времена до данас у јавним расправама о променама у здравству, као и при покушајима да се неке од тих промена уведу, јављао се широк скуп предлога. Међу њима било је и оних који су почивали на неоправданим уверењима да се стање у здравственој заштити становништва може битно унапредити заокретом који подразумева ослонац на приватне ресурсе и подстицање приватне иницијативе: ширењем и јачањем тржишта здравствених услуга, активирањем добровољног здравственог осигурања, увођењем „осигурања од лекарске грешке”. Одолевање таквим иницијативама траје у Србији већ дужи низ година.

Сада се у систему обавезног здравственог осигурања јављају нове тешкоће: у све оштријем виду поставља се питање растућег економског терета чији је узрок преваленца масовних незаразних обољења. Стање у скорој будућности могу да отежају незапосленост и криза својим неповољним одразом на мобилизаторску моћ обавезног здравственог осигурања и на здравствено стање популације.

Заслужује пажњу да се сагледају околности које су допринеле да се систем обавезног здравственог осигурања у Србији одржи током периода обележеног разноврсним тешкоћама. Ослонац на тај модел створио је утисак да су здравствени систем заобиле корените промене које су се десиле у економском систему, систему образовања, правосуђу, систему одбране земље.

## ДРУШТВЕНЕ ПРОМЕНЕ И ЊИХОВ ОДРАЗ НА ЗДРАВЉЕ

Утицај економског напретка различито се одражава на различитим нивоима дохотка. Економски развој и напредак науке допринели су да се многе болести обуздају. Утицаје економских криза и застоја, као и утицаје незапослености на здравље неопходно је истраживати имајући у виду посебне услове и манифестацију кризе у појединим земљама. У новије време пажњу истражи-

вача привлаче промене у морталитету становништва бивших социјалистичких земаља. Покушаји да се те промене објасне променама карактеристичним за период друштвеног преображаја [Stuckler, King and McKee 2009] наишли су на критичке осврте [Tamburlini and Cattaneo 2009], покренули полемике [Stuckler, King and MacKee 2009] и нова истраживања [Earle and Gehlbach 2010].

Неизвесно је на који начин ће повезаност масовне приватизације и неповољних промена у морталитету на крају бити протумачена. Већ сада је јасно да је здравствено стање становништва у знатном делу бивших социјалистичких земаља попримило неке заједничке одлике, пре свега висока је смртност која прати распрострањеност обољења циркулаторног система. Типично је исто тако и заостајање за западноевропским земљама када је у питању очекивано трајање живота живорођених.

Отвара се питање промена у економском систему и његових веза са здравственим системом. Ако су промене у економском систему велике, ако је отежано успостављање нових и одрживост ранијих веза са здравственим системом, тешкоће се јављају независно од тога у којој мери се мења само здравство. Поставља се питање ресурсног обезбеђења здравственог система. Питање је и у којој мери су механизми мобилизације ресурса за здравствену заштиту становништва прилагођени новим условима. Али неопходно је да здравствени систем у обављању своје функције буде подржан спољним системом веза с другим деловима друштвеног система како би могао да допринесе поправљању неповољног стања без обзира на то који су узроци до њега довели.

## КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА

Европски уред Светске здравствене организације последњих година публиковао је више различитих студија и прегледа у којима је упоређено стање у појединим земљама имајући у виду смртност становништва и главне узроке смртности. Један од таквих прегледа је и *World Health Atlas 2008*. Упоређене су земље европског региона према разним индикаторима у зависности од расположивих података. Неповољно стање у бившим социјалистичким земљама долази нарочито до изражаја када је у питању морталитет услед кардиоваскуларних обољења. На то нарочито указује и посебан индикатор: *смртности од обољења циркулаторног система становништва у старости 25–64 године*. На листи на којој се налази 41 земља, на првих 22 места налазе се земље бившег социјализма, затим следе Финска, Грчка, Словенија, Кипар, Немачка, итд. (Србија није укључена у овај преглед).

Подаци о умрлим према узроку смрти део су укупног сета података који се укључује и у опште расположиву базу *Health for all* (WHO HFA Database). У којој мери ће стање у једној земљи моћи да буде упоређено са стањем у осталим, зависи од квалитета података које она сама може да понуди. У Табели 1 наведене су по земљама стандардизоване стопе смртности на 100.000 становника, као и стопе за изабране узроке смрти. У обзир су узете западноевропске земље

и бивше социјалистичке земље, суседи Србије, као и земље које су са Србијом биле раније у саставу исте државе.

За групу посматраних бивших социјалистичких земаља карактеристична је знатно већа смртност становништва од обољења циркулаторног система, а и већа укупна смртност становништва. У бившим југословенским републикама смртност од обољења циркулаторног система показује изражен варијабилитет при чему су стопе за Словенију на знатно нижем нивоу. (За Босну и Херцеговину и Црну Гору подаци у овој бази нису били расположиви.)

Табела 1. СМРТНОСТ СТАНОВНИШТВА У ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА – ВОДЕЋИ УЗРОЦИ СМРТИ

Земља	Година	стандардизоване стопе смртности на 100.000 становника				
		Болести циркула- торног система	Малигне болести	Рак грлића материце	Дијабетес	Сви узроци смрти
Албанија	2004.	439,85	114,88	1,48	6,83	810,24
Бугарска	2006.	665,64	168,34	6,87	18,72	1046,00
Хрватска	2006.	417,73	210,24	3,11	17,27	842,23
Мађарска	2005.	502,43	237,44	6,51	25,55	1015,47
Македонија	2003.	559,06	165,07	4,59	31,61	1033,73
Румунија	2008.	558,32	179,78	13,73	8,06	964,34
Србија	2007.	542,52	203,20	10,45	27,29	1000,64
Словенија	2007.	259,15	202,45	3,08	8,10	738,61
Аустрија	2008.	212,65	161,60	2,22	23,50	557,25
Данска	2006.	193,47	207,89	2,81	16,30	682,11
Финска	2007.	231,13	138,27	1,00	6,75	602,34
Француска	2006.	133,37	173,06	1,76	10,60	536,04
Грчка	2007.	274,65	158,13	1,51	7,35	626,95
Немачка	2006.	243,54	166,34	2,47	15,32	604,37
Италија	2006.	183,40	164,86	0,80	16,36	516,75
Холандија	2007.	167,17	183,60	1,89	13,65	572,13
Норвешка	2006.	179,31	161,92	2,65	10,71	559,30
Португалија	2004.	228,89	155,62	3,00	27,37	674,10
Шпанија	2005.	171,99	159,73	2,08	13,82	568,47
Шведска	2006.	206,90	152,33	1,96	11,86	547,20
Швајцарска	2007.	161,35	146,14	1,69	10,69	490,07
Вел. Британија	2007.	188,09	177,90	2,42	6,43	596,75
Европски регион	2007.	420,27	168,18	4,49	12,76	881,15
ЕУ	2007.	250,43	175,20	3,41	13,21	645,91

Извор: HFA Database, WHO, 2009.



При оцени садашњих кретања смртности услед кардиоваскуларних обољења треба имати у виду да је ова група обољења представљала изражен социомедицински проблем и осамдесетих, у време које је претходило периоду преображаја [Uemura and Pisa 1988; Thom 1989]. У једној сличној анализи рађеној у то време, међу шездесетак центара из разних крајева света, Београд и Нови Сад нашли су се при врху листе уређене према висини стопа смртности од исхемијских обољења срца [WHO MONICA Project 1988]. Али оно по чему се стање у бившим социјалистичким земљама упоређено са стањем у западноевропским земљама, сада и пре, знатно разликује јесте чињеница да су стопе у западноевропским земљама сада на осетно нижем нивоу и да је тренд опадајући. Када је у питању смртност услед других узрока у Србији посебно треба указати на високе стопе карактеристичне за неке локализације малигних обољења, пре свега карцином грлића материце (Табела 1). У питању су стопе које иначе знатно варирају у групи посматраних бивших социјалистичких земаља, при чему су на знатно вишем нивоу у односу на западноевропске земље.

У табели 2 за групу земаља наведених у претходној табели 1, наводе се подаци о очекиваном животу живорођених као синтетичком индикатору који рефлектује стање друштвеног развоја и прилика у којима људи живе. Наведени су и подаци о броју здравствених радника што одражава стање у здравственим системима виђено преко најважнијег ресурса у систему. У ову табелу укључена је и Црна Гора, као и Русија која се, имајући у виду ове индикаторе, знатно разликује од осталих земаља. Карактеристично је за ову земљу да је очекивано трајање живота мушкараца пало испод шездесет година, и да је знатно мање од очекиваног трајања живота жена.

Табела 2. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ ЖИВОТА И ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА

земља	здравствени радници на 100.000 становника			очекивано трајање живота живорођених		
	год.	лекари	сестре	год.	мушкарци	жене
Албанија	2007.	115,2	404,3	2004.	73,7	78,9
Бугарска	2007.	364,4	420,9	2004.	69,1	76,3
Црна Гора	2007.	196,9	507,8	2005.	71,4	76,9
Хрватска	2007.	259,0	523,6	2006.	72,6	79,4
Мађарска	2007.	278,2	903,8	2005.	68,8	77,2
Румунија	2006.	192,6	397,4	2006.	69,2	76,2
Србија	2007.	271,1	557,4	2006.	70,8	76,2
Словенија	2006.	237,3	764,8	2006.	74,6	82,0
Македонија	2001.	254,2	369,8	2003.	71,1	76,1
Русија	2006.	431,0	806,2	2005.	59,0	72,4
Аустрија	2007.	374,9	634,9	2006.	77,3	82,9

земља	здравствени радници на 100.000 становника			очекивано трајање живота живорођених		
	год.	лекари	сестре	год.	мушкарци	жене
Данска	2006.	316,9	952,9	2001.	75,1	79.5
Финска	2007.	330,4	855,5	2005.	75,8	82.8
Француска	2006.	341,6	793,2	2004.	76.9	84.0
Грчка	2006.	534,6	326,8	2006.	77.5	82.1
Немачка	2007.	348,5	781,2	2005.	76.6	82.0
Италија	2006.	354,4	700,7	2002.	77.3	83.3
Холандија	2007.	393,2	1546,8	2004.	77.0	81.7
Норвешка	2006.	380,4	1546,8	2005.	78.0	82,9
Португалија	2007.	342,5	481,4	2004.	74,9	81,6
Шпанија	2007.	375,6	743,7	2005.	78.3	83.8
Шведска	2006.	346,8	1083,4	2004.	78,3	82.7
Швајцарска	2006.	384,9	832,8	2004.	78.8	83.9
Вел. Британија	2002.	212,6	н.р.	2005.	7,1	81,4

Извор: здравствени радници: *HFA Database*, WHO, 2009; очекивано трајање живота при рођењу: WHO, *Atlas of Health in Europe/2nd edition*, 2008, стр. 23. нр – не располаже се податком после 2000. године.

Што се Србије тиче, стање у погледу очекиваног трајања живота слично је суседним земљама: Бугарској, Румунији и Мађарској, док се односи броја здравствених радника и броја становника знатно разликују. То се истовремено показује и као добар пример познате истине: да је здравље и здравствено стање становништва мултифакторски условљено и да је учинак здравствене службе модификован дејством бројних других чинилаца.

## ХРОНИЧНЕ БОЛЕСТИ И УПОТРЕБА РЕСУРСА У ЗДРАВСТВУ

### Препознавање реформског правца

Осврт на раније расправе, на чланке које су писали и лекари и економисти [Радовановић 1994: 77; Косановић 2003] открива да би се нека питања постављена тада, могла поставити и сада, пре свега: који је пожељан правац реформи здравственог система у Србији.

Један од могућих приступа када је реч о трагању за пожељним правцем реформи јесте да се пође од сагледавања економског терета који друштвеној заједници намећу распрострањене болести. Затим би се јавној расправи могло изложити преиспитивање друштвеног односа према здрављу, и потом дефини-

сати за друштвену заједницу прихватљиво и одрживо, схватање правичности у здравственој заштити. И на крају да се томе прилагоде методи финансирања и облици плаћања у здравственом сектору.

### Економски терет

Раст трошкова здравствене заштите истовремено постаје и главни узрок растућег економског оптерећења којем је изложена друштвена заједница. У многим земљама у свету трагање за мерама уз помоћ којих би се ставио под контролу раст трошкова здравствене заштите био је, последњих деценија, један од главних разлога за покретање реформи. Велик и растући економски терет отвара низ питања од којих посебну тежину носе она која се тичу расподеле тог терета на поједине слојеве становништва. За процену економског терета када су у питању поједина обољења и гране медицине, била би неопходна квалитетнија и обухватнија здравствена статистика од оне која је сада у Србији расположива. Али већ и сами морталитетни подаци указују на то да је терет услед кардиоваскуларних болести знатан. Има разлога да се с посебном пажњом у обзир узму не само социомедицински већ и економски проблеми повезани с преваленцом ове групе обољења. С изненађењем и, не без разлога, са забринутошћу, прима се вест преношена у јавности почетком 2010. да се расправља о могућностима упућивања грађана Србије који поседују обавезно здравствено осигурање, на лечење у иностране клинике када су у питању кардиохирушке интервенције. Остаје да се види да ли здравствени систем губи перформансе или се не прилагођава променама у структури морбидитета или је у питању нешто треће.

Настојања да се смањи смртност успешнијим лечењем стања у одмаклој фази обољења води неминовном повећању трошкова будући да се продужава живот особама којима је касније неопходна учестала помоћ здравствене службе, и што је најчешћи случај, непрекидно узимање лекова. Поражавајуће је сазнање да сада висока смртност од кардиоваскуларних обољења у Србији ослобађа заједницу знатног дела економског терета који би иначе кардиоваскуларне болести могле да имају за последицу. Тако се отварају и питања која се тичу правичности: како су распоређени и болест, и смртност, и економско оптерећење имајући у виду социодемографска и економска обележја оболелих: пол, старост, образовни ниво, место становања, доходак.

Тек би у неком дужем периоду превентивни програми примењени на широком плану, уколико би довели до умањења инциденце кардиоваскуларних обољења, могли да делују на умањење укупног економског терета. И домаће искуство у оквиру сарадње на међународном плану из ранијих година, потврђује да је мерама примарне превенције, интегрисаним интервентним акцијама шире друштвене заједнице, могуће допринети редукацији фактора ризика, смањењу инциденце болести и смртности [Планојевић и др. 1993: 31–40]. То оправдава залагање да се пред најширу јавност изађе с отвореним питањем: *има ли Србија моћи да йокрене делойворан йројрам йревенције кардиоваскуларних обољења на*

*најширем плану?* Без допунске алокације ресурса у здравственом систему чини се да су мали изгледи да се то постигне.

### Реалокација ресурса

Сасвим је могуће да велики здравствени систем с различитом успешношћу функционише у појединим својим деловима имајући у виду разне видове заштите коју пружа грађанима, различите хијерархијске нивое и поједина географска подручја. Они који оспоравају да су неопходна улагања у здравствени сектор обично тврде да он као наслеђе из прошлих времена вуче неефикасност, превелик број лекара и болничких капацитета. Остаје да се питање реалокације ресурса у самом здравственом систему с времена на време преиспитује и проверава.

Попримило је карактер покрета на међународном плану залагање за дестигматизацију особа с менталним проблемима и поремећајима и друкчије третирање здравствене заштите која им је потребна, као и други третман службе која се бави пружањем одговарајућих услуга. Део тог залагања је и друкчија релативна позиција менталних болести када су у питању пропорције којима се регулише расподела укупних ресурса намењених здравственој заштити. И Србија је у кругу земаља које у неком наредном издању *Аџласа менталних болести* (издање Светске здравствене организације) треба да на јавни увид ставе пре свега потпуније статистичке податке о распрострањености менталних обољења, као и о третману особа којима су здравствене услуге потребне [Шолак и Недић 2009: 77–88]. (Иначе земљи може да буде упућена критика која неодговарајући третман, на пример, предуге хоспитализације, доводи у везу с кршењем људских права.)

Понекад је за реалокацијом као мером неопходно посегнути ако се не налазе други начини да се у здравственом систему реши неки акутни проблем који не трпи одлагања. Висока смртност када су у питању неке локализације малигних обољења (Табела 1) отвара питање реалокације ресурса у самом здравственом систему. Поставља се питање да ли би премештањем ресурса могла да се обезбеди активност која би допринела знатнијем паду стопа смртности. (Неприхватљиво је решење којим би се угрозио ниво заштите на другом месту.) Ако реалокација није могућа, или није довољна, друштвена заједница би морала наћи начина да обезбеди ресурсе без обзира на садашњу економску кризу (под претпоставком да је узрок високе смртности недостатак ресурса за спровођење акција раног откривања, обезбеђења лекова, правовременог лечења). Ако је у питању смртност која може да се спречи, а друштвена заједница то не чини иако је у могућности – у питању су *очигледне нејравде* (Сенов израз).

## Расправе о циљевима и мерама

Економски проблеми у здравственом систему различито се виде с различитих места, у друштвеном систему. Пацијенте директно погађа све што ограничава или отежава доступност здравствених услуга и лекова: чекање на заказани преглед, терет директних плаћања за лек и услугу тамо где таквих плаћања има. Лекари у државним здравственим установама своју позицију у друштву виде и преко услова у којима раде и зарада које добијају. Од руководиоца здравствених установа и свих оних који су преузели одговорност за збивања у здравственом систему очекује се да помире често супротне интересе. Власници приватног бизниса у здравству, док брину о својим пословним интересима, као проблем доживљавају пре свега постојећи начин уређења односа у здравству, начин који им не иде у прилог и ограничава могућност ширења посла, увећање профита. Неоправдано је, међутим, веровати да би се решење економских проблема у здравственом систему Србије могло постићи јачањем приватног здравства. (Упорно залагање приватних лекара за „право” неких пацијената да бирају место на којем ће им здравствена услуга бити пружена на терет обавезног осигурања (при чему би у обзир дошао и приватни сектор) превиђа права неких других пацијената. Сасвим је јасно да би било неправично да знатан део ресурса који се мобилише методима обавезног здравственог осигурања (којем по закону доприносе сви грађани без обзира на место у којем живе), потроше у приватним оридинацијама становници Београда, Новог Сада и још неколико већих градова у Србији у којим постоји концентрација приватне праксе.)

Наметање ограничења у здравственој заштити како би се постигли неки циљеви у економском систему (смањење јавне потрошње, повећање микроконкурентности домаћих компанија и други) могло би да води ограничавању права на здравствену заштиту (гарантовану чланом 68. Устава Србије). Прихватљивијим се чине погледи економиста који се залажу за други приступ; на пример, [Катић 2010: 24]: „Конкурентност се може постићи само улагањем у инфраструктуру, образовање и здравство.”

Када су у питању тешкоће у обезбеђењу здравствене заштите и збивања у здравственом систему до изражаја долази појачана осетљивост на промену која је већа него у многим другим секторима. Здравствене потребе одликује највиши ранг приоритета. Имајући у виду испољене ставове појединих интересних група изгледа да је најбоље да се циљеви који се реализацијом здравствене политике у Србији у наредном периоду желе достићи, препознају и дефинишу у широкој јавној расправи. А исто тако и мере којима би се обезбедило остварење тих циљева.

## ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА

- Катић, Н. (2010). Каква нам је пореска реформа потребна: боље врабац у руци него голуб на грани, *Политика*, 8. 5. 2010.
- Косановић, Р. (2003). Реформа здравства, (публиковано у наставцима I–VIII), *Економска и политика*, бр. 2687–2695.
- Планојевић, М. и сарадници (1993). *CINDI-национални индикатори програма за превенцију и контролу незаразних обољења, Први конгрес домова здравља Југославије, Зборник радова*, Београд.
- Радовановић, М. (1994). Пожељни путеви реформе здравственог система у Југославији, *Медицински преглед*, № 3–4, 1994.
- Шолак З. и О. Неђић 2009. Економске одлике преваленце менталних болести с посебним освртом на промене током постсоцијалистичког преображаја, *Епидемија*, Вол. 31, 2009, № 3–4.
- Earle, J. S., Gehlbach (2010). S. Mass Privatisation and the Post-Communist Mortality Crisis: Is There Really a Relationship? Upjohn Institute Working Paper 10–162.
- McKee, 2004 M. Post-communist transition and health in Europe, *British medical journal*, Vol. 329, 2004, № 7479, 1355–1356.
- Nemec, J., Bel, M., Kolisnichenko, N. (2006). Market-based health care reforms in Central and Eastern Europe: lessons after ten years of change, *International review of administrative sciences*, Vol. 72, 2006, № 1, 11–26.
- Pilyavsky, A. and Staat, M. (2006). Health care in the CIS countries, *European journal of health economics*, Vol. 7, 2006 № 3, 185–191.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions and future directions, *International Journal of Health Services*, Vol. 36, 2006 № 4, pp. 651–677.
- Roberts, M. J. and Reich, M. R. (2002) Ethical analysis in public health, *Lancet*, Vol. 359, pp. 1055–1059.
- Stuckler, D., Basu, C., Suhrcke M., Coutts, A. McKee, M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet*, Vol. 374, №. 9686, pp. 315–323.
- Stuckler, D., King, L. and McKee, M. (2009). Mass Privatisation and the Post-Communist Mortality Crisis: A Cross-National Analysis, *Lancet*, Vol. 373, 2009. № 9661, pp. 399–407, ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 373 April 11, 2009).
- Tamburlini, G. and Cattaneo A. (2009). Mass privatisation and mortality, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Vol 373, April 11, 2009.
- Thom, T. J. (1989). International mortality from heart disease: rates and trends. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 18, 1989 no. 3, Suppl 1, pp. 20–28.
- Uemura, K. and Z. Pisa (1988). Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950, *World Health Statistics Quarterly*, Vol. 41, 1988 № 3-4, pp. 155–178.
- WHO MONICA Project (1988) Prepared by: Pajak A, E, et al for The WHO MONICA Project Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35–64 years. *World Health Statistics Quarterly*, Vol. 41, pp. 115–140.

WHO (2005) *Mental Health Atlas 2005*, Serbia and Montenegro: 412–414. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/).

WHO (2008) *Atlas of health in Europe*, 2<sup>nd</sup> edition, Copenhagen.

## ECONOMICS OF POST-SOCIALIST HEALTH CARE SYSTEM

ZDRAVKO ŠOLAK

Novi Sad School of Business, Novi Sad, Serbia

[zdrsolak@yahoo.com](mailto:zdrsolak@yahoo.com)

**SUMMARY:** The resolution of economic problems in the health care system during the social transition period in former socialist countries – including Serbia in the last two decades – has been hindered by their connection to other difficulties that usually accompany processes of major social changes. Using a selected set of parameters, the paper compares the state of the health care system in Serbia to health care systems in other countries. In Serbia, as in other ex-socialist countries, general population mortality due to cardiovascular diseases is considerably higher than in Western European countries. Cardiovascular diseases are not only a large socio-medical problem: they are also a considerable economic burden for the community. Their prevention, and the prevention of other widespread diseases, such as malignant diseases, diabetes and others, needs to be considered when setting high-priority aims and formulating health care policies in the coming period. In the process, methods of health care funding should be appropriately adapted, to ensure the universal availability and timeliness of health care, including the human right to health.

**KEY WORDS:** Serbia, health care financing, post-socialist countries, cardiovascular diseases