

FINANCIAL ASPECTS OF HEALTH PROTECTION

Slobodan Cvetanović

University of Niš, Faculty of Economics, Republic of Serbia, Niš slobodan.cvetanovic@eknfak.ni.ac.rs

Sretko Ribac

High School of Professional Studies in Blace, s.ribac@gmail.com

Danijela Despotović

University of Kragujevac, Faculty of Economics, Republic of Serbia, Kragujevac, ddespotovic@kg.ac.rs

Abstract: In addition to education, health is a basic component of human capital. Until recently the significance of health of the population was not the subject of serious study in economic science. However, in recent research, health is increasingly treated as a factor with long-term effect on economic development. It was concluded that the realisation of various health programmes had pronounced and numerous economic effects. The improvement of health services resulted in reduced mortality rate between the developed and underdeveloped countries, which had effect on economic growth. The health of individuals is reflected in biological, psychological, and social sphere, and their interaction. The more healthy individuals in a society, the easier it is to drive economic development. Thus in the economy of health the “production” of health as an important process in human capital increases. Total health “production” is determined by numerous factors such as available income, property, degree of education, genetic predisposition and level of public health. Besides, many other factors that determine life style of an individual are also important, which influences the creation of health needs like smoking, alcohol and drug consumption etc. These factors have impact on health “production” by using the available financial resources. Here, the possibilities of new technologies to satisfy various needs for health care should also be mentioned, since they are unavoidably connected with the increasing finances. Treatment of health protection as a domain where health is “produced” leads to conclusion that it is possible, in analytical sense, to express the relation between health status (of an individual, certain group of people, or ethnic community) as a result of health protection system and factors that determine that status in the form of production function $Health = F(\text{health protection, other inputs, time})$. This does not refer so much to health industry, aimed at preventing diseases (although it is important as well), but, first and foremost, to prevention and healthy lifestyle (diet, physical activity, finding right measures for each thing, avoiding harmful substances and pollution of the environment). Healthy life, of course, includes sufficient free time and appropriate living standard. Health of labour is particularly affected by healthy diet, healthy working environment, appropriate daily, weekly, and annual breaks, appropriate housing, organized care of employees’ young children, organization of physical and social activities in the company, and the like. In this context, the central problem of health protection system management is how to provide maximum possible level of health status of population with the available finances allocated for health protection. Health economists, logically, cannot directly influence the improvement of health status of the population, but can be useful in increase of efficiency in the use of available finances for health care, i.e. increase the level of health status of the population by using the same amount of finances.

Keywords: human capital, human health, the health status of the population, health care costs, efficiency of health care.

FINANSIJSKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Slobodan Cvetanović

Univerzitet u Nišu, Ekonomski fakultet, Republika Srbija, Niš slobodan.cvetanovic@eknfak.ni.ac.rs

Sretko Ribac

Visoka poslovna škola strukovnih studija u Blacu, Blace s.ribac@gmail.com

Danijela Despotović

Univerzitet u Kragujevcu, Ekonomski fakultet, Kragujevac, ddespotovic@kg.ac.rs

Rezime: Zdravlje je pored obrazovanja, druga osnovna komponenta ljudskog kapitala. Sve do nedavno značaj zdravstvenog stanja stanovništva nije bio predmet ozbiljnijeg proučavanja u ekonomskoj nauci. Međutim, u istraživanjima novijeg datuma, zdravlje ljudi sve se više tretira kao faktor sa dugoročnim dejstvom na ekonomski razvoj. Došlo se do zaključka da je realizacija različitih zdravstvenih programa imala izražene i brojne ekonomske efekte. Poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga uzrokovalo je smanjenje razlika u stopama mortaliteta između

razvijenih i nerazvijenih zemalja, što se odražavalo na ekonomski rast. Zdravlje pojedinaca ogleda se u biološkoj, psihološkoj i društvenoj sferi i njihovoj interakciji. Što neko društvo ima više zdravih individua, lakše je pokrenuti ekonomski razvoj. Zato se u ekonomiji zdravstva govori o “proizvodnji” zdravlja kao načinu uvećanja ljudskog kapitala. Ukupnu “proizvodnju” zdravlja determinišu brojni činioci poput raspoloživog dohotka, imovine, novoa obrazovanja, genetske predispozicije, nivoa javnog zdravlja. Takođe, od značaja su i mnogi drugi faktori, koji određuju životni stil pojedinaca a koji deluju na oblikovanje zdravstvenih potreba, poput pušenja, konzumiranja alkohola i droga, itd. Ovi faktori deluju na “proizvodnju” zdravlja raspoloživim finansijskim sredstvima. Ovde svakako treba pomenuti i mogućnosti novih tehnologija da zadovolje različite potrebe za zdravstvenom zaštitom, što je neminovno povezano sa sve većim finansijskim sredstvima. Tretirajući zdravstvenu zaštitu kao oblast u kojoj se „proizvodi“ zdravlje, dolazi se do zaljučka da je moguće, u analitičkom smislu, relacije između zdravstvenog stanja (pojedina, određene grupe ljudi, nacionalne zajednice) u smislu rezultata rada sistema zdravstvene zaštite i faktora koji se koriste u cilju dolaženja do tih rezultata, predstaviti u obliku proizvodne funkcije $Zdravlje = F(\text{zdravstvena zaštita, drugi inputi, vreme})$. Tu se ne misli isključivo na zdravstvenu delatnost koja za svrhu ima sprečavanje bolesti (iako je i ona bitna), nego ponajviše na prevenciju i zdrav način života (ishrana, fizička aktivnost, nalaženje prave mere za svaku stvar, izbegavanje konzumiranja štetnih supstanci, očuvanje zdrave životne sredine). Zdrav život podrazumeva i dovoljno slobodnog vremena i primereni životni standard. Zdravlju radne snage naročito doprinosi zdrava ishrana, zdrava životna i radna sredina, primereni dnevni, nedeljni i godišnji odmori, primereno stambeno zbrinjavanje, organizovano zbrinjavanje male dece zaposlenih, organizovanje fizičkih i društvenih aktivnosti u preduzećima i slično. U ovom kontekstu, centralni problem upravljanja sistemom zdravstvene zaštite je kako sa raspoloživim sredstvima namenjenim zdravstvenoj zaštiti obezbediti maksimalno mogući nivo zdravstvenog stanja stanovništva. Zdravstveni ekonomisti razumljivo ne mogu direktno uticati na unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva, ali mogu biti od koristi u povećanju efikasnosti korišćenja raspoloživih sredstava za zdravstvenu zaštitu, odnosno povećanju nivoa zdravstvenog stanja stanovništva upotrebom iste sume finansijskih sredstava.

Ključne reči: ljudski kapital, zdravlje ljudi, zdravstveno stanje stanovništva, troškovi zdravstvene zaštite, efikasnost zdravstvene zaštite.

1. UVOD

Inicijatori ideje ljudskog kapitala su A. Smith (podela i specijalizacija rada) K. Marks (uloga nauke i tehnike u proizvodnji), J. S. Mill (količina i kvalitet ljudskih sposobnosti za rad), J. Šumpeter (rekombinacija znanja u inovacioni proces kao faktor ekonomskog rasta)¹⁰³. Po Geriju Bekeru, laureatu Nobelove nagrade za ekonomiju, ljudski kapital predstavlja skup ljudskih sposobnosti koje mu daju mogućnost stvaranja dohotka¹⁰⁴. Poznata je njegova konstatacija da se ljudski kapital formira investiranjem u čoveka, među kojima se svojom važnošću ističu obuka, priprema za proizvodnju, troškovi zdrave ishrane, migracije i traženje informacija o cenama i dohocima¹⁰⁵. Za uobličavanje koncepta ljudskog kapitala velike zasluge pripadaju američkom istraživaču Teodoru Šulcu, koji je troškove obrazovanja i zdravstvene zaštite tretirao na gotovo identičan način kao i investicije u fizički kapital¹⁰⁶.

Ljudski kapital je ključni proizvodni resurs kojim raspolaže najveći deo populacije. Investicije u obrazovanje i obuku doprinose rastu ekonomske efikasnosti. Mnogo je dokaza u prilog teze da ulaganja u obrazovanje i unapređenje zdravstvenog stanja stimulatивно deluju na ekonomski rast, kretanje prosečne produktivnosti rada i rast realnih zarada. Postoji čvrsta korelacija između obrazovanja i zarada: viši nivo obrazovanja implicira viši nivo najamnina, dok veće plate, pored ostalog, motivišu ljude da se neprekidno obrazuju. Ukoliko se ne koristi, ljudski kapital praktično isčezava. U takvim slučajevima, ljudski kapital se principijelno ponaša na gotovo istovetan način kao i finansijski kapital, odliva se u sredine u kojima su očekivani prinosi veći.

Napred ekspliciranom pristupu istraživanja značaja ljudskog kapitala često se stavljaju primedbe, posebno imajući u vidu njegov statički karakter. Naime, komponente znanja, veština i zdravlja, po mišljenju kritičara, pružaju tek naznaku potencijala pojedinca. U realnom životu, stepen materijalnog ovaploćenja ljudskog kapitala najvećim delom je funkcija sposobnosti uključivanja u aktivnosti celoživotnog obrazovanja i sticanja praktičnih veština¹⁰⁷.

103 Savvides, A. Stengos, T. (2009) *Human capital and economic growth*, Stanford University Press.

104 Becker, G. (1992) Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis, *Journal of Political Economy* 70 (2), 9-44.

105 Becker, G. (1993) *Human Capital*, University of Chicago Press.

106 Schultz, T. (1961) Investment in Human Capital, *American Economic Review* 1, pp. 1–15.

107 Cvetanović, S., Despotović, D., Stošković, M. (2017). *The Central Role of Education in Creating Knowledge as a key Economic Growth Factor*. Knowledge, 17(1), 65-72.

Novija određenja ljudskog kapitala neuporedivo su obuhvatnija u poređenju sa konvencionalnim pristupima. Ona pored komponenti obrazovanja, veština i zdravlja računaju sa komponentama ljudskog kapitala poput sposobnosti i motivacije ljudi, kulture, kreativnosti, inovativnosti, motivacije, dominantnih stavova o životu, marljivosti, odgovornosti, upornosti, samoinicijativnosti, uspešnosti u komunikaciji, sposobnosti rešavanja problema, kritičkog promišljanja, fleksibilnosti i adaptibilnosti, itd.

Ekonomska vrednost ljudskog kapitala zavisi od njegovog doprinosa kreiranju vrednosti roba i usluga. Pri tome se stalno mora imati u vidu činjenica da je principijelno moguće, da pojedine komponente ljudskog kapitala budu visoko vrednovane u određenom vremenu i u konkretnoj sredini, a da u drugim uslovima one gotovo u potpunosti izgube na značaju.

Relativna vrednost pojedinih komponenti ljudskog kapitala dobrim delom zavisi od faze ekonomskog i društvenog razvoja zemlje u kojoj se sagledava njihovo značenje. U današnjim uslovima privređivanja u procesu kreiranja ljudskog kapitala posebno dobijaju na značaju aktivnosti usmerene na celoživotno obrazovanje i stručno usavršavanje, digitalnu pismenost.

Ljudski kapital se reflektuje kroz nematerijalnu imovinu, koja ima kapacitet da inicira ili podrži proizvodne aktivnosti, inovacije i zaposlenost. Formira se kroz proces učenja u raznim institucijama (obrazovne ustanove, porodica, preduzeće). Kombinacija znanja, veština i sposobnosti je individualan, a ne uniforman proces. Analiza kreiranja i korišćenja ljudskog kapitala mora uzeti u obzir upliv mnogobrojnih društvenih institucija: škola, tržišta rada, društvene zajednice, itd.

U kompetenciji ljudskog kapitala je apliciranje novih znanja u svakodnevnoj praksi. Stoga nije čudo da ovaj oblik kapitala permanentno povećava svoje učešće u strukturi ukupnog kapitala u svim savremenim privredama.

2. ZDRAVLJE LJUDI – VIŠEDIMENZIONALNI FENOMEN

Ovde se suočavamo sa brojnim problemima koji proizlaze iz nepreciznosti pojmovnog određivanja zdravlja i bolesti i time uslovljenim teškoćama utvrđivanja radne nesposobnosti izazvane bolešću, s jedne, i još uvek nerešenim pitanjima njihove kvantifikacije, s druge strane¹⁰⁸. Naime, nije jednostavno kategorijalno odrediti fenomene poput zdravlja i bolesti, budući da su isti u značajnom stepenu funkcija percepcije pojedinca, grupe ljudi, čitavog društva, datog vremena i slično¹⁰⁹. Reč je o višedimenzionalnim kategorijama sa različitim biološkim i psihosocijalnim posledicama. Zdravlje i bolest su fenomeni koji se ni izdaleka ne mogu tretirati pomoću dihotomne logike, zdravlje ili bolest. Drugim rečima, zdravlje i bolest se ne mogu ni opisati kao stanja, već isključivo kao procesi.

Definicija zdravlja mora omogućiti merenje i kvantifikovanje stanja zdravlja pojedinca, grupe ljudi ili celog društva. Među brojnim definicijama zdravlja daleko se najviše navodi ona koja se sreće u okviru Svetske zdravstvene organizacije. Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i defektnosti¹¹⁰. S druge strane, apstraktnost pojma bolesti proizlazi iz činjenice da nijedna bolest nema vlastitu prepoznatljivu pojavnost, već se ispoljava kao pretpostavljena i spoznajna apstrakcija, kojoj se tek analitički i zdravorazumski naknadno određuje dijagnoza.

Višedimenzionalnost bolesti ispoljava se kroz: a) biološke i psihološke promene, b) promene subjektivne predstave pojedinca o vlastitom telu, životu, zdravlju i smrti i c) promene društvenog identiteta i položaja, uloge i ponašanja pojedinca.

Kvalitet zdravstvene zaštite je prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite. Svetska zdravstvena organizacija ističe da zdravstveni sistem mora da se unapređuje u sledećih šest dimenzija kvaliteta, odnosno zdravstvena zaštita treba da bude: efektivna, efikasna, dostupna, orijentisana prema korisniku, nepristrasna i sigurna¹¹¹. Odgovori na složena pitanja u vezi sa prirodom i značajem zdravlja, kao i iznalaženje najboljeg načina merenja kvaliteta života su nužno interdisciplinarnog karaktera. Ova pitanja ne istražuju samo ekonomisti već i mnoge druge specijalnosti, što znači da odgovori ekonomista na njih mogu imati isključivo signifikantan karakter¹¹².

¹⁰⁸ Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). *The effect of health on economic growth: a production function approach*. World development, 32(1), 1-13.

¹⁰⁹ Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., & Robine, J. M. (2009). *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis*. The Lancet, 372(9656), 2124-2131.

¹¹⁰ World Health Organization. (n.d.). Retrieved January 07, 2017, from <http://www.who.int/en/>

¹¹¹ World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006

¹¹² Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). *Human resources and health outcomes: cross-country econometric study*. The Lancet, 364(9445), 1603-1609.

Opšte je prihvaćeno, da je najvažniji cilj razvoja društva unapređenje kvaliteta života ljudi a da je zdravlje osnovna komponenta kvaliteta života. Zbog toga, zaštita i unapređivanje zdravlja dobijaju značajno mesto u svim razvojnim strategijama. S druge strane, sposobnost razvoja društva zavisi od zdravlja stanovništva. Zaštita zdravlja je integralni deo ukupne razvojne politike društva¹¹³.

Stručnjaci OECD-a kvalitet života analiziraju iz ugla pojedinca. Smatraju da su njegove ključne komponente: zdravlje, obrazovanje, kultura, zaposlenost, dohodak i raspodela dohotka i imovine, radni uslovi, ekonomska sigurnost, razonoda, fizičko okruženje (radom stvoreno i prirodno), fizička i pravna sigurnost i društvene razlike. Iako su svesni razlika između kvaliteta života pojedinaca, koga označavaju "socijalnim blagostanjem" (*social well-being*) i kvaliteta života društva, koga nazivaju "društvenim blagostanjem" (*societal well-being*), svoja istraživanja uglavnom ograničavaju na komponente prvog¹¹⁴.

Definisanjem i merenjem kvaliteta života najčešće se bave ekonomisti. Međutim, s obzirom da je glavni posao pri merenju kvaliteta života određivanje lestvice i specifične težine svake vrednosti ponaosob, postavlja se pitanje: nije li to posao, pre svega, za filozofe–aksiologe i profesionalne statističare?¹¹⁵

Istina, u mnogim slučajevima statističari bi bili na velikoj muci jer kvalitet života pojedinaca i grupe obuhvata i niz vrednosti, čija je kvantifikacija gotovo nemoguća, kao što su to, na primer: sreća, prijateljstvo, ljubav, poštovanje, tolerancija, društvena harmonija, stvaralaštvo. To, međutim, ne bi trebalo da bude prepreka usvajanju shvatanja, da porast kvaliteta života predstavlja globalni cilj svake racionalno koncipirane politike i pravo merilo performansi pojedinih društava. Isto tako, i za svakog pojedinca, jedino pravo merilo uspeha u životu može biti njegov kvalitet života, tj. mera u kojoj on ostvaruje sve za njega bitne vrednosti, ali, takođe, i univerzalne vrednosti.

Dvadeseti vek je većem broju zemalja doneo boljitak u raznim aspektima života (ekonomije, kulture, ljudskih prava). Poseban napredak je dostignut u oblasti zdravlja. Poslednje tri decenije dvadesetog i početak XXI veka karakterišu reforme i unapređenje zdravstvenih sistema koje bi omogućile jednaku dostupnost i jednak visok kvalitet zdravstvene zaštite za sve stanovnike¹¹⁶.

U razvijenim zemljama, od kraja XIX veka do pre nekoliko decenija zapažen je veliki porast očekivanog trajanja života. Navedeni porast se prvenstveno pripisuje uspešnoj kontroli zaraznih bolesti, koja se značajno odrazila na smanjivanje opšteg mortaliteta¹¹⁷.

3. FINANSIJSKI ASPEKTI ALOKACIJAE OGRANIČENIH RESURSA U OBLASTI ZDRAVSTVA

Kako ograničene resurse optimalno alocirati, odnosno kako sa ograničenim resursima stvoriti što veći iznos ekonomskih dobara? Projektovano na oblast zdravstvene zaštite ovo znači neophodnost da se govori o proizvodnji zdravlja (*production health*). Grosman je među prvim ekonomistima na decidan način pisao o proizvodnji zdravlja, upoređujući je sa ostalim sferama ekonomskog života¹¹⁸. U njegovom pristupu, ukupnu proizvodnju zdravlja determinišu brojni činioci poput raspoloživog dohotka, imovine, novoa obrazovanja, genetske predispozicije, nivoa javnog zdravlja. Henderson ovome dodaje i mnoge druge faktore, koji određuju životni stil pojedinaca a koji sa svoje strane značajno deluju na oblikovanje zdravstvenih potreba, poput pušenja, konzumiranja alkohola i droga itd.¹¹⁹. Ovde svakako treba pomenuti i mogućnosti novih tehnologija da zadovolje potrebe za zdravstvenom zaštitom. Međutim, ključna okolnost je da proizvođačke i potrošačke preferencije nisu odlučujuće u analizi pitanja optimalne alokacije resursa namenjene zdravlju.

U ekonomiji, proizvodnja pokazuje način transformacije inputa u autoput. U analitičkom smislu ove relacije reprezentuje proizvodna funkcija. U oblasti zdravstvene zaštite, proizvodna funkcija reprezentuje relacije između zdravstvenog stanja (pojedinca, određene grupe ljudi, ili nacionalne zajednice) i mnogih drugih činilaca koji

¹¹³ World Health Organization. (2013). *World Health Report 2013 (The)*. World Health Organization.

¹¹⁴ Luigi, S., Michael, B., & Valerie, M. (Eds.). (2013). *OECD Health Policy Studies Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?: What Works?*. OECD Publishing.

¹¹⁵ World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

¹¹⁶ Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

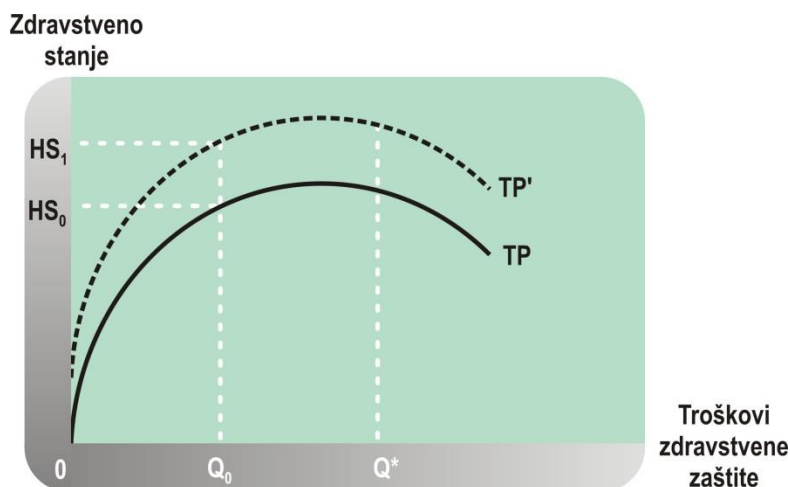
¹¹⁷ Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). *Ageing populations: the challenges ahead*. The lancet, 374(9696), 1196-1208.

¹¹⁸ Grossman, M. (1972). *On the Concept of Heath Capital and Deman for Healt*, Journal of Political Economy, 80(2), March/April, pp. 223.-255.

¹¹⁹ Henderson, J. (2009). *Health Economics and Policy*, South-Western Cengage Learning.

determinišu taj status, odnosno određuju „proizvodnju“ zdravlja¹²⁰. Ova relacija može se operacionalizovati u obliku: Zdravlje = F (zdravstvena zaštita, drugi inputi, vreme). Jednostavno rečeno, ljudi koriste zdravstvenu zaštitu u kombinaciji sa drugim inputima tokom vremena u proizvodnji zdravlja kao dobra.¹²¹ Pretpostavka, po kojoj postoji funkcionalna zavisnost zdravstvenog stanja i veličine izdataka, namenjenih ostvarenju zdravstvene zaštite je data na Slici 1.

Slika 1. Korelacija zdravstvenog stanja nacije i troškova zdravstvene zaštite



Izvor: Henderson, 2009.

Principijelno, moguće je razlikovati dva osnovna načina za poboljšanje nivoa zdravstvenog stanja populacije, prvi koji podrazumeva rast izdataka namenjenih zdravstvenoj zaštiti, i drugi, koji računa sa promenom životnog stila stanovništva. Grafička prezentacija uticaja prvog načina unapređenja nivoa zdravstvenog stanja stanovništva reprezentuje kretanje troškova zdravstvene zaštite od 0 do Q_0 nadalje do Q^* . Rastući troškovi zdravstvene zaštite obezbeđuju unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva duž krive TP. Veličina izdataka namenjenih zdravstvenoj zaštiti Q_0 obezbeđuje nivo zdravstvenog stanja populacije HS_0 . Uticaj promene životnog stila populacije (fizička aktivnost, smanjenje telesne težine, smanjenje broja pušača u ukupnoj populaciji, kontrolisanje stresa, itd.) i sa iznosom troškova Q_0 može unaprediti zdravstveno stanje populacije (kretanje duž linije TP' a ne duž krive TP kao što je to ilustrovano na Slici 1.

Treba zapaziti da nivo zdravstvenog stanja populacije HS_1 koji je moguć uz pretpostavku promene životnog stila stanovništva ostvariti sa iznosom troškova zdravstvene zaštite O_0 ne može postići bilo kojim iznosom izdataka zdravstvene zaštite, a da istovremeno nije došlo do pozitivnih promena u životnom stilu stanovništva.

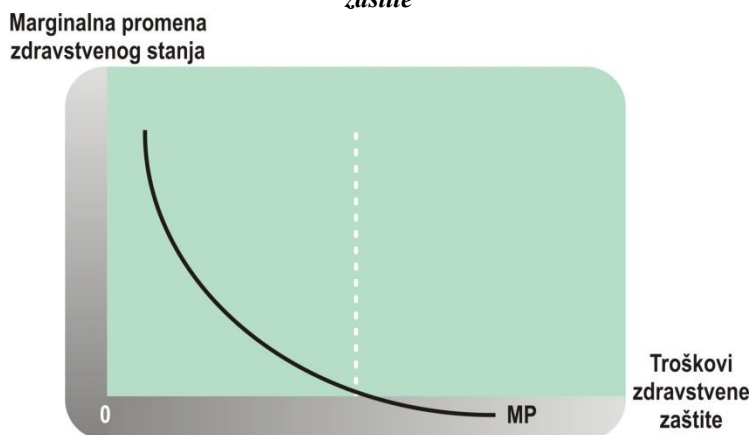
Kriva proizvodnje zdravlja nakon tačke Q^* počinje da ispoljava tendenciju opadajućih prinosa. Bilo koji iznos utrošenih sredstava namenjenih zdravstvenoj zaštiti veći od Q^* je bez ikakvog uticaja na rast zdravstvenog statusa. Logično se nameće pitanje kako je to moguće? Odgovor je da se sredstva usmeravaju održavanju života mnogih pacijenata koji nemaju izgleda da značajnije poboljšaju kvalitet života. Rečju, kvalitet života je bitan. Sredstva troše pacijenti koji nemaju benefite po osnovu rastućih trošenja.

Za razumevanje logike unapređenja zdravstvenog stanja stanovništva ("proizvodnje" zdravlja), kao funkcije troškova zdravstvene zaštite, od esencijalnog je značaja Slika 2.

¹²⁰ Frank, C., & Nason, E. (2009). *Health research: measuring the social, health and economic benefits*. Canadian Medical Association Journal, 180(5), 528-534.

¹²¹ Formalno F_j je način za opisivanje procesa kombinovanja inputa u produkciji zdravlja.

Slika 2. Zavisnost marginalne promene zdravstvenog stanja populacije u zavisnosti od troškova zdravstvene zaštite



Na Slici 2 je prikazana Zavisnost marginalne promene zdravstvenog stanja populacije u zavisnosti od troškova zdravstvene zaštite. Inverzna zavisnost ilustruje u ekonomiji poznatu zakonitost opadajućih prinosa, odnosno u konkretnom slučaju ilustruje sve manji prirast zdravstvenog statusa po jedinici utrošenih sredstava namenjenih zadovoljenju zdravstvenih potreba.

4. ZAKLJUČAK

Zdravlje pored obrazovanja predstavlja osnovnu komponentu ljudskog kapitala. U ekonomskim istraživanjima novijeg datuma, zdravlje populacije sve se više tretira kao faktor sa dugoročnim dejstvom na privredni razvoj. Odgovori na složena pitanja u vezi sa prirodom i značajem zdravlja, kao i iznalaženje najboljeg načina merenja kvaliteta života su nužno interdisciplinarnog karaktera. Centralni problem upravljanja sistemom zdravstvene zaštite je na koji način raspoloživim sredstvima namenjenim zdravstvenoj zaštiti obezbediti maksimalno mogući nivo zdravstvenog stanja stanovništva. U tom smislu, stavovi zdravstvenih ekonomista mogu biti od koristi po pitanju načina korišćenja raspoloživih sredstava za zdravstvenu zaštitu koji je maksimalno u funkciji povećanja nivoa zdravstvenog stanja populacije a time i u funkciji povećanja ljudskog kapitala.

LITERATURA

- [1] Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603-1609.
- [2] Becker, G. (1992). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis, *Journal of Political Economy* 70 (2), 9-44.
- [3] Becker, G. (1993). *Human Capital*, University of Chicago Press.
- [4] Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: a production function approach. *World development*, 32(1), 1-13.
- [5] Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- [6] Cvetanović, S. (2011). On Economic Evaluation of Health Care. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 28(3).
- [7] Cvetanović, S., Despotović, D., & Stošković, M. (2017). The Central Role of Education in Creating Knowledge as a key Economic Growth Factor. *Knowledge*, 17(1), 65-72.
- [8] Frank, C., & Nason, E. (2009). Health research: measuring the social, health and economic benefits. *Canadian Medical Association Journal*, 180(5), 528-534.
- [9] Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and Demand for Health, *Journal of Political Economy*, 80(2), March/April, pp. 223-255.
- [10] Henderson, J. (2009). *Health Economics and Policy*, South-Western Cengage Learning.
- [11] Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., & Robine, J. M. (2009). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*, 372(9656), 2124-2131.

- [12] Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for health in the 21st century. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- [13] Luigi, S., Michael, B., & Valerie, M. (Eds.). (2013). OECD Health Policy Studies Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?: What Works?. OECD Publishing.
- [14] Savvides, A. Stengos, T. (2009). *Human capital and economic growth*, Stanford University Press.
- [15] Schultz, T. (1961) Investment in Human Capital, *American Economic Review* 1, pp. 1–15.
- [16] World Health Organization. (2013). World Health Report 2013 (The). World Health Organization.
- [17] World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.
- [18] World Health Organization. (n.d.). Retrieved January 07, 2017, from <http://www.who.int/en/>
- [19] World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006

