

Ibrahim Totić*

NEKA PITANJA U VEZI SA FINANSIRANJEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ZEMLJAMA-ČLANICAMA EVROPSKE UNIJE

Sažetak: Pred vama je rad čiji je osnovni cilj da pokaže kako su uređeni zdravstveni sistemi doprineli, a i dalje doprinose, da se zdravstveno stanje građana zemalja-članica Evropske unije značajnije poboljša. To je razlog zašto su starije zemlje-članice Evropske unije (Austrija, Belgija, Francuska, Nemačka, Holandija), spremne da utroše veći deo svog bruto društvenog proizvoda (BDP) na zdravstvenu zaštitu svojih građana. Na drugoj strani, zemlje-članice sa periferije Evropske unije (Portugalija, Italija, Irska, Grčka i Španija), poznatije kao grupa (*PIIGS-prasići*), zbog zapadanja u dužničku krizu nisu spremne na takav korak zbog čega se njihovi građani suočavaju sa velikim problemima prilikom korišćenja zdravstvene zaštite. Rad se bavi problemima nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama i nedovoljnom zdravstvenom pokrivenošću koje jednako egzistiraju kod pojedinaca i kod određenih društvenih grupa u mnogim zemljama-članicama Evropske unije. Analiza nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama izvršena je na osnovu procenjenog stepena njegove zavisnosti od socioekonomskog statusa korisnika-nekorisnika zdravstvene zaštite, pri čemu nisu zaobidena prava osiguranika i njihovo sticanje. Prava osiguranika, čiji se koreni nalaze u agidumu Hipokratove zakletve: *primum non nocere* – „prvo da se ne naškodi“, variraju od vrlo uskih do vrlo širokih i raznolikih okvira.

U radu je konstatovano da vođenje javnih finansija u zemljama-članicama Evropske unije nije bez problema, naročito tamo gde su doprinosi za zdravstveno osiguranje dominantni mehanizmi finansiranja. Finansiranje zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije značajnije od drugih funkcija utiče na kvalitet zdravlja građana, na raspoloženje za investiranje u dostupnost zdravstvenim uslugama i na univerzalnu pokrivenost zdravstvenim osiguranjem. Politika finansiranja zdravstvene

* Državni univerzitet u Novom Pazaru, departman za pravo i departman za ekonomiju.

zaštite nije jedina karika od mnoštva njih u dugom lancu globalne politike. Međutim, ona je nezamenjiva kod merenja efekata donešenih odluka, primene konkretnih mera usmerenih na sistematično i analitičko razmatranje raspoloživih zdravstvenih resursa i kod sagledavanja faktora političkog, ekonomskog, društvenog i tehničkog karaktera na svim nivoima. Posebna pažnja posvećena je prikupljanju sredstava za pokrivanje troškova koji su posledica univerzalne pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem.

Ključne reči: Evropska unija, zdravstveni sistem, zdravstvena zaštita, univerzalna pokrivenost, prikupljanje sredstava, zdravstvene usluge

Uvod

Bez obzira da li neka zemlja pripada ili ne pripada određenoj organizaciji, uniji, savezu, grupaciji i sl., u pogledu finansiranja zdravstvene zaštite, u njoj mora da dominira stav makar minimalne regulative. To znači da u svakoj zemlji, nezavisno od njenog društvenog uređenja, političkog angažovanja i ekonomskog delovanja, politika finansiranja zdravstvene zaštite mora biti zacrtana u svim vladinim dokumentima i valjano donešenim deklaracijama i/ili rezolucijama. Time se ne želi podvući crta ispod limitiranih finansijskih sredstava potrebnih zdravstvenoj zaštiti već se nudi konkretan odgovor na pitanje, ko i na koji način plaća ili raspoređuje sredstva između raznih socio-ekonomskih grupa, odnosno korisnika-nekorisnika zdravstvene zaštite. Dosledna zdravstvena politika, odnosno politika realnog alociranja zdravstvenih resursa mora da odražava sistematsko određivanje prioriteta koji se odnose ne samo na zdravstveni već i na druge njemu komplementarne sektore. Finansijska politika u zdravstvenom sektoru je snažna poluga na koju se oslanjaju pojedinci, grupe, odnosno celo društvo koje se stara za one kojima se sreća u okviru sopstvene zajednice nije dovoljno osmehnula.

Zdravlje ljudi, dobro ili loše, nije posledica individualnog izbora, ali je zato vrhunska vrednost ili neželjeno stanje, koje u najvećoj meri zavisi od uticaja političkih, društvenih i ekonomskih faktora, odnosno globalnih uslova u kojima ga ljudi poseduju. Pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama, na koje se može i mora računati, determiniše, prvo, pravo na obuhvatnu zdravstvenu zaštitu, i drugo, obavezu čuvanja i unapređivanja zdravlja, čime se dodatno jača njegova socijalno-ekonomska dimenzija. Shodno tome, u završnom izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (SZO) o determinantama zdravlja stoji (20) da je loše zdravlje, posebno siromašnih kategorija među građanima zemalja-članica Evropske unije, posledica nejednake distribucije moći, naglašene socijalne i zdravstvene nejednakosti, neuravnoteženih prihoda i nedostatka kvalitetnih roba i usluga na nacionalnom i globalnom nivou. Osim toga, mnoge, golim okom vidljive, okolnosti i nepravdičnosti neposredno uzrokuju nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti, školskim i obrazovnim sadržajima, adekvatnoj radnoj sredini i uslovima za korišćenje slobodnog vremena. Ma kakvo mišljenje o zdravlju ljudi vladalo u Evropskoj uniji, izvesno je da

građani u nekim zemljama-članicama nisu u prilici da na prosperitetan način organizuju svoj i život svojih porodica i da adekvatno štite i unapređuju globalno zdravlje. Mnogi od njih nisu imali, a mnogi nikada neće imati, izgledne šanse da žive u odgovarajućim okruženjima, pristojnim stambenim uslovima, u uređenim zajednicama ili čistim gradovima. Zato ne treba gubiti iz vida na koliki rizik građani u mnogim zemljama-članicama Evropske unije moraju računati.

Politika finansiranja zdravstvene zaštite podrazumeva niz funkcija, procedura i mera fokusiranih na pribavljanje sredstava potrebnih za obuhvatno zdravstveno osiguranje. Ono podrazumeva odgovarajući obim zdravstvene nege, ravnopravan pristup zdravstvenim uslugama, tehnologiju prikupljanja finansijskih sredstava, korektnu distribuciju i alokaciju i racionalnu upotrebu. Znameniti teoretičari (McKee, Mossialos, Belcher) nisu imali dilemu kada su ispred svih funkcija u okviru zdravstvene delatnosti stavili funkciju prikupljanja finansijskih sredstava i njihovo udruživanje. Znali su da, uz izvesne rizike, ova funkcija tendira ka neometanom obezbeđivanju adekvatnih uslova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu koga smatraju univerzalnim i najsigurnijim resursom (13, str. 263–286). Politika finansiranja u zemljama-članicama Evropske unije doživljava se i kao najvitalniji deo zdravstvene politike zato što, isključivo u duhu zakonskih pravila i prava korisnika, usmerava potrebna sredstva za zadovoljavanje njihovih potreba iz domena zdravstvenog osiguranja.

Cilj rada

U svakoj zemlji-članici Evropske unije finansiranje zdravstvene zaštite se sprovodi u cilju unapređenja zdravlja njihovih građana i uglavnom uključuje funkcije prikupljanja poreza, doprinosa, naplate od prodaje zdravstvenog osiguranja i prihode iz drugih izvora. Nacionalni organi svake zemlje-članice Evropske unije udružuju prikupljena sredstva u za to namenjene zdravstvene fondove (14, str. 179–189). Udruživanje sredstava skopčano je sa rizikom koji uvek odnekud vreba. On je permanentna smetnja poboljšanju efektivnosti i ublažavanju neizvesnosti koje se vezuju za obuhvat zdravstvenim osiguranjem i pravo na korišćenje zdravstvenih usluga pod istim uslovima (2, str. 101–106). Iz ekonomske perspektive gledano, u odnosu na pomenuta sredstva, važno je imati na umu da su zdravstveni troškovi konstantno u porastu i da izdvajanja za zdravstvenu zaštitu iz bruto društvenog proizvoda (BDP), iako različita od jedne do druge zemlje-članice, stalno pomeraju lestvicu nagore.

Finansiranje zdravstvene zaštite u Evropskoj uniji

Funkcija finansiranja zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije, kao nijedna druga poznata funkcija, determiniše ukupni zdravstveni kvalitet njihovih

građana. U prvom redu, značajnije utiče na stvaranje predviđenih pogodnosti za pravovremenu dostupnost zdravstvenim uslugama i na obezbeđivanje jednakih tretmana za osiguranike u svim vrstama zdravstvenih procedura. Finansiranje zdravstvene zaštite podrazumeva održivo i permanentno obezbeđivanje potrebnih sredstava iz raspoloživih resursa na svim nivoima, bez obzira na njihovu izloženost raznovrsnim uticajima političkih, ekonomskih, društvenih i tehničkih faktora. Obezbeđivanje i održivost pomenutih resursa uvek je prvi cilj; međutim, promoteri zdravstvene ekonomije u svakoj zemlji-članici Evropske unije potpuno su svesni da su samo kontinuirani i održivi finansijski resursi garancija za neometano finansiranje zdravstvenih programa i ciljeva. Budući da zdravstvena politika inače liči na lanac, njegove vezivne karike, u pravom smislu te reči, predstavljaju određene događaje. Svaki od njih je praktično vezan za izbor, utvrđivanje, jasnu formulaciju i metode realizacije zdravstvenih ciljeva i programa ili za propisivanje i preduzimanje konkretnih mera za njihovo konačno efektuiranje. S tim u vezi, a u smislu ozbiljnog shvatanja značaja ovog pitanja, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) (30) je još davne 1984. godine promovisala koncept Program-budžetiranje (*Programme-Budgeting*), koji se sprovodi u programiranju prema ciljevima zdravstvenog razvoja, a u budžetiranju prema usvojenim prioritarnim programima zdravstvenog razvoja. Zanimljivo je da su ovaj program prihvatile, osim zemalja-članica Evropske unije, i druge zemlje u svetu i u Evropi (24, str. 37).

Neraspoloženje pojedinih grupa da kolektivno plaćaju subvencionisanje troškova zdravstvene zaštite za druge, iz dana u dan, posebno u siromašnijim zemljama-članicama Evropske unije, povećava otpor prema redovnim uplatama poreza i/ili doprinosa. Tamo gde centralne vlasti za dodelu subvencija lokalnim samoupravama ili lokalnim zdravstvenim vlastima kao mehanizam koriste lokalne poreze i doprinose (Danska, Finska, Italija, Španija i Švedska), postoji velika odgovornost s obzirom na obavezu koja predstoji u prikupljanju sredstava kojima se finansiraju zdravstveni kapaciteti. Dodela subvencija je proces koji u najvećoj meri predstavlja predmet političkih debata posle kojih sledi donošenje odluka o dodeli sredstava siromašnijim regionima za obezbeđivanje jednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti. Što se doprinosa za socijalno osiguranje tiče, njih prikupljaju institucije centralne vlasti (Belgija, Bugarska, Estonija, Francuska, Litvanija, Holandija, Poljska i Rumunija) i tako prikupljeni predstavljaju sopstvena sredstva koja se usmeravaju u zdravstvene fondove i drže radi finansiranja socijalne sigurnosti (16, str. 109–116). U pojedinim zemljama-članicama Evropske unije (Austrija, Češka, Nemačka, Grčka, Slovačka) obezbeđeni su mehanizmi pomoću kojih se pokušavaju izbeći problemi kod prikupljanja sredstava zbog nastajanja različitih oblika rizika. Pomenuti mehanizmi podupiru sposobnost sprovođenja naplate poreza i doprinosa za socijalno osiguranje i značajno utiču na pronalaženje mogućnosti za generisanje sigurnih i dovoljnih sredstava kojima se pokrivaju zdravstveni troškovi. Na primer, Estonija ovaj problem rešava tako što odgovornost za naplatu prebacuje sa Fonda za zdravstveno osiguranje Estonije (*Health Insurance Fund of Estonia–EHIF*) na centralnu vladinu agenciju za naplatu poreza. Od 2009. godine u

Nemačkoj su doprinosi centralno postavljeni i objedinjeni u novi nacionalni Fond za zdravstveno osiguranje, tako da je on već tokom 2011. godine postao odgovoran za blagovremenu naplatu doprinosa.

Međutim, i pored primene ovih i sličnih mehanizama, mnogo je primera gde se finansijska politika posebno u poslednjih nekoliko decenija, u novijim zemljama-članicama Evropske unije, prosto davi u navedenim problemima. Uvek kada se povede debata o finansiranju zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije (i van nje), neizostavno se operiše sa terminom prioritet, te je poželjno objasniti njegovu suštinu, kao i razloge zbog kojih se tako često potencira. Mnogi teoretičari su skloni, kada je reč o finansiranju zdravstvene delatnosti, da kao razlog zbog koga se prioritet kao termin, ali i kao akcija, često pominje navedu siromaštvo sa kojim se ljudi suočavaju više u perifernim nego u razvijenim zemljama-članicama Evropske unije. Rešavanje problema siromaštva svojstvenog perifernim zemljama-članicama Evropske unije, posebno onih iz grupe PIIGS (Portugalija, Italija, Irska, Grčka, Španija), zahteva pre određenu moralnu hitnost i/ili ozbiljnost nego donošenje odluka o prioritetu. Budući da postoji dužnost pružanja adekvatne zdravstvene zaštite, donošenje odluke u skladu sa tim predstavlja podršku njenim korisnicima i prevagu hitnosti nad prioritetom. Prema tome, hitnost je i kao termin i kao praktična činjenica u supremaciji u odnosu na prioritet. Radi toga, kako ističe Douver, radije treba reći hitnost nego prioritet, jer ideja prioriteta sugerise da se mora uspostavljati određeni poredak u stepenima neželjenih stanja, pri čemu se pristupa lančanom ublažavanju prvo jedne, zatim druge i tako redom do konačne situacije (3, str. 393–407). Međutim, to nije uvek najsigurniji način kojim se određuje ili treba da se odredi koncepcija zdravstvene brige za saniranjem neželjenih stanja. Treba imati na umu da se tome suprotstavljaju razne otežavajuće okolnosti. Na primer, jedna od tih okolnosti vezana je za troškove delotvornosti, odnosno za troškove hitnog pružanja pravovremene zaštite ljudskom zdravlju u svim segmentima, a naročito u finansijskom. Ali ni to nije jedini razlog zbog koga je, u odnosu na finansijsku funkciju, zahvalnije govoriti o hitnostima nego o prioritetima.

Politika finansiranja zdravstvene zaštite u većini zemalja-članica Evropske unije zavisi od hitnosti i veštine nalaženja pravih rešenja koja obezbeđuju sigurne resurse, stručne davaoce usluga, jednak i neometan pristup zdravstvenoj zaštiti svim korisnicima i, na kraju, administrativnu efikasnost. U većini zemalja-članica, javno prikupljena sredstva namenjena za finansiranje zdravstvene zaštite objedinjena su na nacionalnom nivou. Znači da postoji jedan zdravstveni fond odgovoran za prikupljanje, čuvanje i distribuciju sredstava od doprinosa za zdravstveno osiguranje. Fond je u obavezi da prilikom distribucije pribavljenih sredstava izvrši nadoknade siromašnijim regionima i da nadoknadi sredstva siromašnijim građanima i/ili onima sa većim rizikom od obolevanja. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) (31) u Nemačkoj je u toku 2004. godine 77% zdravstvene zaštite finansirala nemačka vlada a 23% je finansirano uplatom premija za privatno zdravstveno osiguranje. Ukupna zdravstvena

potrošnja iznosila je 10,8% od vrednosti nemačkog bruto domaćeg proizvoda (BDP). Sistem javne (državna) zdravstvene zaštite u Irskoj (6) regulisao je pitanje zdravlja njenih građana 2004. godine, kada je uspostavljeno novo telo (*Health Service Executive–HSE*) odgovorno za pružanje zdravstvene zaštite i socijalnih usluga svima koji žive u Irskoj. Irska je tokom 2005. godine za zaštitu svojih građana utrošila 8,2% bruto društvenog proizvoda (BDP) ili 3.996 \$ USA po glavi stanovnika. Od toga je oko 79% zdravstvenih rashoda pokrila irska vlada (11, str. 152).

Zdravstvena zaštita u Holandiji finansira se dualnim sistemom koji je stupio na snagu u januaru 2006. godine. Holandski zdravstveni sistem, upoređen sa zdravstvenim sistemima Sjedinjenih Američkih Država, Australije, Kanade, Velike Britanije, Nemačke i Novog Zelanda ubedljivo zauzima prvo mesto. Tome je doprinelo usvajanje Opšteg zakona o izuzetnim zdravstvenim troškovima (*General Law on Exceptional Healthcare Costs–GLEHC*) (25). Za sve redovne (kratkoročno) medicinske tretmane, postoji sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja preko privatnih kompanija za zdravstveno osiguranje. Osiguravajuće kompanije su obavezne da obezbede paket definisanih tretmana za osiguranike (9, str. 5–29). U 2009. godini ovo osiguranje pokrivalo je 27% svih troškova zdravstvene zaštite. Drugi izvori plaćanja zdravstvene zaštite su porezi 14%, plaćanja iz džepa građana (*OOP–out of pocket*) 9%, dodatni opcioni paketi za zdravstveno osiguranje 4% i drugi izvori 4%. Pristupačnost zdravstvenim uslugama u oba slučaja je apsolutno zagarantovana. Francuski zdravstveni sistem je univerzalni sistem u kome u velikoj meri zdravstvenu zaštitu finansira nacionalna vlada. U svojoj proceni svetskih zdravstvenih sistema iz 2000. godine, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) tvrdi da Francuska pruža „najbolju ukupnu zdravstvenu zaštitu” na svetu (29). U toku 2005. godine, Francuska je potrošila na zdravstvenu zaštitu 11,2% svog bruto društvenog proizvoda (BDP) ili 3.926 \$ USA po glavi stanovnika. Izdaci su mnogo veći od proseka na nivou zemalja-članica Evropske unije, ali su znatno manji od onih u Sjedinjenim Američkim Državama. Oko 77% zdravstvenih troškova pokriveni su od strane vladinih agencija koje finansiraju zdravstvenu potrošnju. Troškovi zdravstvene zaštite u Španiji u 2006. godini iznosili su 8,4% bruto društvenog proizvoda (BDP). Oni su po glavi stanovnika za 2006. godinu iznosili 2,458 \$ USA, što je manje od proseka na nivou OECD, koji je 2.824 \$ USA (18).

Prikupljanje sredstava i značaj privatnog zdravstvenog osiguranja

Sve zemlje-članice Evropske unije za finansiranje zdravstvene zaštite opsežno koriste doprinos kao osnovni mehanizam, uključujući javno zdravstveno osiguranje (porezi i doprinosi za socijalno osiguranje), privatno zdravstveno osiguranje (medicinski štedni računi–*medical savings accounts MSA*) i plaćanja iz sopstvenog džepa (*out-of-pocket–OOP*). Dakle, reč je o direktnom plaćanju zdravstvenih usluga koje

ne pokriva obavezno zdravstveno osiguranje, o podeli troškova (naplata od korisnika) za usluge koje pokriva paket korisnika obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem i, na kraju, o neformalnim plaćanjima. Velika promena u politici finansiranja zdravstvene zaštite u mnogim zemljama-članicama Evropske unije usledila je početkom 1990-ih godina. Tada je prikupljanje sredstava prešlo sa terena poreza na teren doprinosa za socijalno osiguranje, koji je postao dominantan mehanizam ne samo u zemljama-članicama Evropske unije već i onim koje to nisu, a nalaze se na teritoriji centralne ili istočne Evrope. Istraživanja pokazuju, da u mnogim zemljama-članicama Evropske unije, zdravstvena potrošnja kao deo ukupne javne potrošnje opada od kraja XX i početkom XXI veka, što izaziva čuđenje, ali ne menja stvar. Zašto? Prvo, što je porast bruto društvenog proizvoda (BDP) u mnogim zemljama-članicama Evropske unije vrlo teško ostvariv, drugo, u mnogim od njih njegov pad je hronična pojava, i treće, iako je procentualno učešće rashoda za zdravstvenu zaštitu značajno poraslo, ono ne atakuje ozbiljnije na integritet bruto društvenog proizvoda (BDP). Treba istaći, nisu retke zemlje u svetu, a samim tim i Evropskoj uniji, koje na ime zdravstvene zaštite izdvajaju jedva nešto preko 6% svog bruto društvenog proizvoda (BDP).

Rezultati pomenutih analiza, vezanih za privatnu zdravstvenu potrošnju, pokazuju da su direktna plaćanja (*out-of-pocket-OOP*) u najvećoj meri doprinela da od 1996. godine, pa dalje, ukupna zdravstvena potrošnja permanentno raste. Međutim, ažurne evidencije i izveštaji relevantnih organa ignorišu, odnosno negiraju pomenute navode, jer u većini zemalja-članica Evropske unije rashodi po osnovu privatnog zdravstvenog osiguranja ne prelaze više od jedne trećine ukupne zdravstvene potrošnje. Privatno zdravstveno osiguranje ima mali uticaj na porast zdravstvene potrošnje, tako da nije doprinelo a i ne može, makar ne u većoj meri, doprineti njenom značajnijem porastu. Njegov povećani uticaj na porast zdravstvenih rashoda moguć je izuzetno, u novijim zemljama-članicama Evropske unije (Litvanija, Slovačka, Rumunija, Bugarska), ali vrlo retko u nekoj od starijih zemalja-članica. Naprotiv, veliki broj teoretičara, eksperata za zdravstvenu ekonomiju smatra da privatno zdravstveno osiguranje garantuje osiguranicima neometan pristup zdravstvenoj zaštiti, odnosno pristup u istoj ravni sa onim koji imaju drugi osiguranici. Pod istim uslovima im stoje na raspolaganju svi zdravstveni resursi u skladu sa stečenim pravima iz domena privatnog osiguranja. Zato vlade pojedinih zemalja-članica javno forsiraju privatno zdravstveno osiguranje, formiraju nacionalne fondove za njegovo finansiranje i sve snažnije podstiču oštru konkurenciju među kupcima njegovih usluga. To izgleda kao dobar podsticaj za aktivniju kupovinu ponuđenih usluga iz domena privatnog zdravstvenog osiguranja, međutim, postoji bojazan da, zbog rizika koji nastaje prilikom izbora i kupovine prava iz zdravstvenog osiguranja, troškovi prevagnu nad pravima korisnika obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Primeri Nemačke, Belgije, Francuske i Slovačke (1, str. 4–5) pokazuju da donošenje odluke o izboru i kupovini privatnog zdravstvenog osiguranja nije nimalo lak posao, jer kupovina aranžmana predstavlja iskustvenu normu i uvek opominje na

opasnost od rizika. Rizik u svim oblicima neizbežno slabi podsticaj i interes prema ponuđenim paketom usluga iz domena zdravstvenog osiguranja i, bez obzira na mogućnost primene namenjenih mehanizama za njegovo uklanjanje, ne može se uspešno eliminisati. Ponuda obima privatnog zdravstvenog osiguranja, i u okviru njega zdravstvenih usluga, operativna je funkcija provajdera i strateški korak prema odgovarajućim resursima. Zagovornici privatnog zdravstvenog osiguranja skreću pažnju na raskorak između onoga što se trenutno troši na zdravstvenu zaštitu i onog što će možda morati da se potroši u budućnosti. Oni to čine sa jasnom namerom da skrenu pažnju budućim klijentima, da je jedini način da se ovaj problem premosti njihovo jače oslanjanje na privatno finansiranje zdravstvenog osiguranja. Nasuprot njima, ima onih koji ovaj pristup dovode u pitanje suprotstavljajući mu javno (državno) finansiranje zdravstvenog osiguranja. McKee tvrdi da je u nekim zemljama-članicama Evropske unije neformalno plaćanje umesto formalne podele troškova postalo izazov za sprovođenje zdravstvenih reformi (13, str. 263–286). U najgorem slučaju, smatraju Ensor i Moreno, ova plaćanja mogu biti oblik korupcije, mogu podrivati zvanični sistem plaćanja, što dovodi do smanjenja ili otežanog pristupa zdravstvenim uslugama. Prema njihovom mišljenju, privatno finansiranje zdravstvene zaštite u odnosu na javno finansiranje, podriva vrednosti zdravstvenog sistema i predstavlja atak na siromašno stanovništvo. Centralizovani sistemi prikupljanja sredstava, smatraju oni, imaju bolje izgleda da sprovedu prinudnu naplatu i bolje generišu prihode nego sistemi u kojima se doprinosi za potrebe zdravstvenih fondova pojedinačno prikupljaju (4, str. 106–124).

Grosso modo – ovde su identifikovana dva široka trenda zdravstvenih reformi. Prvo, mnoge zemlje-članice Evropske unije napravile su značajan iskorak u promociji jednakog pristupa korisnicima zdravstvene zaštite i u proširivanju palete zdravstvenih usluga. Proširenost se ogleda u većoj obuhvatnosti osiguranika, uređenju pravnog statusa nosioca privatnog zdravstvenog osiguranja, poboljšanju tehnologije deljenja zdravstvenih troškova i izradi strategije alociranja raspoloživih resursa. Drugo, bačena je veća svetlost na obezbeđivanje kvalitetne zdravstvene nege, naglašen je njen značaj i praktična vrednost u odnosu na novčanu. Povećano korišćenje kvalitetne zdravstvene zaštite podstiče kupovinu zdravstvenog osiguranja i svakodnevno usavršava i pojednostavljuje modele plaćanja zdravstvenih usluga (28). U skladu sa iznetim, cena zdravstvenih usluga, koja je motivacija ili demotivacija pri izboru osiguranja i načina plaćanja, ne sme biti zanemarena. U mnogim zemljama-članicama Evropske unije, cena zdravstvenih usluga je podgrejala težnju da se, umesto formalnom podelom troškova, zdravstveni fondovi dopunjuju neformalnim plaćanjima i dodatno pozvala na zdravstvene reforme.

Dostupnost zdravstvenim uslugama

Dostupnost zdravstvenim uslugama Svetska zdravstvena organizacija (SZO) (31) definiše kao „meru–procenat stanovništva koji za svoje potrebe neometano

obezbeđuje odgovarajuće zdravstvene usluge⁷. Jednak pristup zdravstvenim uslugama podrazumeva adekvatno snabdevanje koje je blisko povezano sa njihovom cenom, prihvatljivim vrstama, fizičkim prisustvom i neposrednim kontaktom između njihovih davalaca i korisnika. Neometen pristup zdravstvenoj zaštiti u zemljama-članicama Evropske unije snažno određuje socio-ekonomski status njihovih građana. Mnogi građani (osigurani ili neosigurani), zbog nedostupnosti odgovarajućeg oblika zdravstvene zaštite, mogu zapasti u nezavidan i neravno prava položaj, što ih bezuslovno svrstava u neku od vulnerabilnih ili socijalno ugroženih kategorija. Evropska unija ima veliku raznovrsnost ranjivih grupa koje mogu da dožive nejednak pristup različitim vrstama zdravstvenih usluga. Socijalno ugrožene grupe uskraćene su za bilo koji, a ne samo za ravno prava pristup zdravstvenim uslugama, o čemu govore loša iskustva i dalje prisutne ali nepremostive barijere (23, str. 43–55). Ranjive grupe uglavnom obuhvataju pripadnike raznih etničkih zajednica, osobe sa fizičkim invaliditetom, hronične bolesnike, nezaposlene, beskućnike, imigrante, izbeglice, azilante, ljude bez validnih dokumenata, starije osobe i žene. Poražavajuće je što u tom nizu prepreka svaka od njih može da spreči, na primer, žene, iznemogle ili decu da uživaju svoja osnovna prava na zdravstvenu zaštitu i kvalitetne zdravstvene usluge. Neki teoretičari, kao na primer Huber, smatraju da ove prepreke nastaju pod dejstvom mnogih faktora u okviru samog zdravstvenog sistema (8). Misli se, između ostaloga, na specifičnosti i praznine u pokrivenosti zdravstvenog osiguranja, obim javne zdravstvene koristi, na podele plaćanja, geografske faktore (udaljenost ili nedostatak infrastrukture), organizacione faktore (liste čekanja i radno vreme), ili na nedostatak-neadekvatnost informacija. Osim toga, proizvod su dejstva faktora koji se odnosi na karakteristike korisnika usluga, prihode, obrazovanje, starost, jezik, invaliditet, seksualni identitet, kulturno nasleđe, civilni status i sl.

Pristup zdravstvenim uslugama može da se posmatra dvojako. Prvo, kao značajno ograničen jer lišava pripadnike određenih društvenih grupa na potpunu zdravstvenu zaštitu, i drugo, kao neprikladan jer, iako je dostupna, zdravstvena zaštita vrlo često nije adekvatna da bi zadovoljila potrebe građana. To upućuje na bitne razlike u zdravstvenom stanju populacije između zemalja-članica Evropske unije, i na zaključak da su one posledica tesne korelacije između socijalnog i ekonomskog statusa. Kada se raspodela po zdravlje štetnih iskustava studiozno posmatra mora se istaći da znatan broj njih, bez obzira na to što iniciraju nejednakosti, ni u kojem smislu ne predstavljaju prirodan fenomen. One mogu biti, a i jesu, najpre rezultat loše vođene zdravstvene i socijalne politike, što se ogleda kroz nerealno postavljanje, usvajanje i sprovođenje zdravstvenih ciljeva i programa, kroz sklapanje nepravednih ekonomskih aranžmana i pravljenje društveno-toksičnih kombinacija. S tim u vezi vlada mišljenje da socijalne determinante zdravlja i uslovi u kojima se odvija život predstavljaju veliku enigmu i u najvećoj meri su odgovorne za prisutnu zdravstvenu nejednakost između građana unutar zemalja-članica Evropske unije. Univerzalni pristup zdravstvenim uslugama, iako po mnogo čemu karakterističan za zdravstvene sisteme u pojedinim zemljama-

članicama Evropske unije, predstavlja osnovni cilj i dugogodišnju težnju njihovih građana. Koliko je princip univerzalnog pristupa zdravstvenim uslugama bitan kao cilj pokazuje ne samo to što je eksplicitno naveden u ustavima mnogih zemalja-članica Evropske unije, već i što je uključen u Povelju o osnovnim pravima. U članu 35. Povelje o osnovnim pravima stoji da svako ima pravo na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo da koristi medicinski tretman pod uslovima utvrđenim nacionalnim zakonima i praksom (15, str. 184–186). Vlast, koja ima mandat, dužna je da zdravstvenu negu usmeri i stavi u kontekst sa ljudskim zdravljem i da omogući promociju i poboljša pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) (20) preporučuje da primarna zdravstvena zaštita bude srce svakog zdravstvenog sistema. Pored toga, uključivanje više specijalizovanih zdravstvenih usluga, kao što su seksualno, reproduktivno ili mentalno zdravlje, takođe treba da se najozbiljnije uzme u obzir. Pristup zdravstvenim uslugama odavno prevazilazi tradicionalne terapijske okvire i standarde. Dakle, potpuno je logično što se snažno podstiče privatno zdravstveno osiguranje, koje u mnogim zemljama-članicama Evropske unije nije bilo dovoljno razvijeno. U nekim zemljama-članicama taj problem se objašnjava time što provajderi–agenti osiguranja nisu uvek imali mogućnosti da sa raspoloživim snagama i alatima podstaknu nivo svakako bitne, čak strateške kupovine. Smatra se da bi kupovina usluga, koje ono pokriva, u velikoj meri odredila ne samo njegovu ekonomsku i fiskalnu održivost, nego bi se to isto dogodilo i drugim vrstama osiguranja. Zdravstvene reforme često nisu sprovedene na odgovarajući način, što je stalno potenciralo potrebe da se mnogi detalji značajnije dorade. Trebalo je najpre, u kontekstu povezivanja performansi plaćanja i kvaliteta zdravstvenih usluga, naći odgovarajući mehanizam kojim bi se merili konačni ishodi. Neke zemlje su uložile velike napore da prošire pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem i postigle su izvrsne rezultate, skoro univerzalnu pokrivenost. Međutim, koliko je važna univerzalna pokrivenost toliko je važna njena dubina i njen obim, ako se zna da značajno potkopavaju finansijsku pokrivenost zdravstvenih sistema. U nekim zemljama-članicama Evropske unije trend je postalo, smanjenje obima i dubine univerzalne zdravstvene pokrivenosti (12, str. 172).

Globalna nauka je mnoge standarde davno stavila ad acta, a orijentisanost na širi pristup zdravlju moguća je samo kroz njegovu konkretnu promociju i preko široke palete kvalitetnih raznovrsnih zdravstvenih usluga. Promocija kvalitetnog zdravlja definiše sve vrste aktivnosti koje ljudima omogućavaju povećanu kontrolu nad sopstvenim (i tuđim) zdravljem. Pod tim se standardno podrazumeva obezbeđivanje resursa za finansiranje zdravstvenih usluga, smeštaj, bezbednost hrane, zapošljavanje, kvalitet životne sredine i uslova rada. Ovaj navod usmeren je na svakim danom potrebniju realnu procenu raspoloživih finansijskih sredstava, bez kojih nema govora o željenoj pristupačnosti zdravstvenim uslugama. One su, u najvećoj meri, permanentno zavisne od obima raspoloživih finansijskih sredstava. Ocena raspoloživih finansijskih

sredstava, koja se izdvajaju za finansiranje primarne zdravstvene zaštite, značajna je sa stanovišta sagledavanja stvarne mogućnosti njenog potpunog ostvarivanja kroz pravovremeno pružanje zdravstvenih usluga prema utvrđenim standardima. Osim toga, nužno je sagledati deo sredstava koji se izdvaja za intermedijarni i centralni nivo zdravstvene zaštite, odnosno sredstva koja odlaze na skupe i teže dostupne zdravstvene usluge koje nedostaju velikom broju siromašnijih građana. Što se tiče univerzalne ili blizu univerzalne pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem, ona u većini zemalja-članica Evropske unije dostiže fantastičnih 98–99% ukupne populacije. Nemačka po tom pitanju predstavlja izuzetak (5), jer je u njoj zakonska pokrivenost stanovništva oko 88%. Najčešći osnov za sticanje prava na zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu je boravak u pomenutim zemljama.

Univerzalna pokrivenost zdravstvenom zaštitom

Zdravstveni sistemi u okviru Evropske unije razlikuju se (21) od jedne do druge zemlje- članice. Sledeći pravnu doktrinu, zdravstveni nacionalni sistemi u Evropskoj uniji uglavnom se dele na dve kategorije. Prva je Nacionalni zdravstveni sistem (*The National Health System–NHS*), koji funkcioniše u mnogim zemljama-članicama Evropske unije (Velika Britanija, Italija, Španija, Portugalija, Grčka) (7, str. 21). Zdravstvena zaštita za obuhvaćene osiguranike finansira se iz pribavljenih poreza a procenat obuhvatnosti je poslovično visok, i do 99%. Druga kategorija je Sistem socijalnog osiguranja (*Social Security System–SSS*), koji podrazumeva obavezno zdravstveno osiguranje za sve građane ili određene grupe građana. Njihovo povezivanje sa Fondom za zdravstveno osiguranje je obavezno. Na primer, u Holandiji, u kojoj Sistem socijalnog osiguranja besprekorno funkcioniše, svi stanovnici su obavezni da zaključe ugovore sa privatnim osiguravajućim društvima. Francuski sistem zdravstvene zaštite je paradigma, odnosno pravi primer kako u jednoj zemlji treba da funkcioniše Sistem socijalnog osiguranja. Njegovu prirodu definisale su reforme, koje su 1998. godine značajno izmenile ukupan zdravstveni ambijent. Doprinosi za socijalno osiguranje su postali dominantan mehanizam za prikupljanje finansijskih sredstava namenjenih finansiranjem zdravstvenih troškova francuskih građana. Vođen promenama Ekonomski savet je 2006. godine (19) usvojio Deklaraciju o zajedničkim principima i vrednostima sistema zdravstvene zaštite zemalja-članica Evropske unije. U njoj je doslovno istaknuto da je univerzalna pokrivenost zajednička vrednost. Ne bi, dakle, bilo poželjno da bilo koja od njih ostane izvan utvrđenog okvira ili da, eventualno, na bilo koji način osujećuje pristup zdravstvenoj zaštiti, odnosno da bilo kome uskrati pravo na zdravstveno osiguranje.

U svojoj Strategiji „Zajedno do zdravlja“ (*Toughater for Health*) (26, str. 5), usvojenoj 2007. godine, Evropska komisija je apostrofirala značaj univerzalne po-

krivenosti. U skladu sa tim, član 35. Povelje o osnovnim pravima Evropske unije propisuje da svako ima pravo na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo da koristi medicinski tretman pod uslovima utvrđenim nacionalnim zakonom i praksom. Univerzalna zdravstvena pokrivenost predstavlja najveću vrednost u evropskom zakonodavstvu i definisana je kao prostor u kome je građanima omogućen nesmetan pristup svim oblicima zdravstvene zaštite. Zdravstvena pokrivenost se ipak razlikuje među zemljama-članicama Evropske unije, kao i koristi koje njihovi građani imaju od nje (27, str. 47). S obzirom na to da razlika mora biti, izvesno je da sve zemlje-članice, kao jedna, smatraju da je neophodno da svi njihovi stanovnici poseduju pravo na minimalni nivo zdravstvene zaštite i koristi od pružene-primljene zdravstvene nege. Kao moćno sredstvo, kojim garantuju univerzalnu pokrivenost i finansijski podržavaju zdravstvenu zaštitu svojih građana, zemlje-članice Evropske unije koriste finansijske subvencije. Subvencije mogu biti pod znakom pitanja jedino ako se njihovim ustupanjem krši član 87. Evropske komisije (10, str. 232–233). U suprotnom, sigurno je da su interesi zdravstvene zaštite regulisani primenom pozitivnih pravila koja važe kod pružanja državne evropske pomoći. Zajednice sudova i Evropska komisija se bave odredbama koje uređuju Sporazum o državnoj pomoći, čiji je cilj univerzalna pokrivenost integrisana onako kako su je one propisale. Realizacija ovog cilja svakako će doprineti većem poštovanju zdravstvene zaštite i zdravstvene nege i prepustiće veća ovlašćenja nacionalnim organima u zemljama-članicama Evropske unije. U sporazumu stoji da nacionalnim organima ostaje dovoljno nadležnosti i manevarskog prostora da, kada zatreba, finansijski intervenišu, garantuju pristup zdravstvenim koristima njihovim građanima i da podstiču univerzalnu pokrivenost.

Nadležnosti zemalja-članica na planu zdravstvene zaštite Lisabonski sporazum predviđa kao obavezu, da nacionalne vlasti uključuju i alociraju sve vrste resursa upotrebljivih za pružanje adekvatne zdravstvene zaštite u skladu sa stepenom univerzalne pokrivenosti. Kakvu ulogu u ovom slučaju može igrati univerzalna pokrivenosti pokazuje primer iz Španije. Zajednica sudova je odlučila da španski nacionalni zdravstveni sistem nije preduzeće, jer se finansira iz doprinosa za socijalno osiguranje i sredstvima iz drugih državnih fondova. Dakle, zdravstvene usluge su besplatne za sva lica koja su povezana sa fondom za zdravstveno osiguranje na osnovu opšte pokrivenosti. Primer pokazuje da su u zdravstvu principi solidarnosti i univerzalne pokrivenosti međusobno tesno povezani i da princip solidarnosti često dovodi ne samo do preraspodele bogatstva, već i do transfera finansijskih sredstava od zdravih prema nezdravim licima. Na kraju, definicija univerzalne pokrivenosti je vrlo jednostavna jer je u pitanju pristup prema kome su sve vrste zdravstvene zaštite i sve vrste naknada koje iz nje proističu apsolutno obezbeđene za sve kategorije građana. *Prima facie*, glavni argument za univerzalnu pokrivenost, služi princip solidarnosti što potvrđuje činjenicu da je ona od opšteg interesa, odnosno vrhovna vrednost i opšte javno dobro.

Zaključak

Namera da se posle svega izvede realan zaključak osujećena je opravdanom dilemom, postoji li u zemljama-članicama Evropske unije optimalna metoda finansiranja i obezbeđivanja potpune zdravstvene zaštite? Na temelju dostupnih informacija može se tvrditi da postoji kada je reč o finansiranju obaveznog zdravstvenog osiguranja koje je rasprostranjeno i u mnogo čemu superiorno u odnosu na druge oblike osiguranja. Međutim, ne zna se do kada će ta supremacija trajati imajući u vidu savremene trendove, sve siromašnije zdravstvene trezore, pad bruto društvenog proizvoda (BDP) i sve skuplje zdravstvene procedure. Javno finansiranje načelno doprinosi delotvornom i temeljitom pružanju zdravstvene zaštite nezavisno od rizika koji je posledica loše zdravstvene slike osiguranika. Ima naročito veliki uticaj u obezbeđivanju i dodeli sredstava u skladu sa iskrslim potrebama, ali znatno manji uticaj na platežnu snagu osiguranika. Zdravstveni sistemi uglavnom obezbeđuju visok procenat zdravstvenog obuhvata za korisnike obaveznog osiguranja, koje, u prvom redu, pokriva preventivne javne zdravstvene usluge, primarnu zdravstvenu zaštitu, ambulantnu i bolničku specijalističku zaštitu, lekove na recept, mentalnu zdravstvenu zaštitu, stomatološku zaštitu, rehabilitaciju i kućnu negu. U svim zemljama-članicama postoje tolerantni prostori po kojima se od korisnika obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zavisno od vrste i obima zdravstvene usluge, može zahtevati podela troškova. Osim toga, u nekim zemljama-članicama Evropske unije neretko postoji jaz između onoga što obavezno zdravstveno osiguranje formalno i zvanično pokriva, i prisutnih zbivanja koja bi trebalo da budu finansirana u svakodnevnoj praksi.

Nasuprot javnom, obaveznom zdravstvenom osiguranju, privatno zdravstveno osiguranje je prepoznatljivo po tome što prilikom zaključivanja ugovora sa klijentom, budućim osiguranikom, isključuje rizik njegove loše zdravstvene mape. Takođe, privatno zdravstveno osiguranje je superiornije od javnog (obavezno) osiguranja u vođenju javnih finansija. Ono svoju supremaciju demonstrira kroz sigurnu naplatu premija zdravstvenog osiguranja i kroz direktnu naplatu prihoda od pruženih zdravstvenih usluga. Pored toga, obezbeđuje sigurne prihode preko strateških nabavki i na osnovu smanjenja administrativnih troškova. Navedene reference ovog oblika zdravstvenog osiguranja na prvi pogled garantuju visok stepen ekonomske i fiskalne održivosti. Ali postoji i druga strana medalje. Opasnost kojoj je izloženo privatno zdravstveno osiguranje vezuje se za eventualno pogoršanje zdravlja građana-osiguranika i porasta zdravstvenih rashoda usled njegovog saniranja. Osim toga, sve je prisutniji strah zbog zapadanja zemalja-članica Evropske unije u dužničku krizu (Portugalija, Italija, Irska, Grčka Španija-PIIGS) (2, str. 101–106), zbog laganog siromašenja građana i njihove iz dana u dan slabije kupovne moći. Ona će značajno ugroziti fondove privatnog zdravstvenog osiguranja. Od toga nije pošteđeno ni obavezno zdravstveno osiguranje, tako da se mora ozbiljno računati na reducirane mogućnosti korišćenja zdravstvenih usluga i manju zdravstvenu pokrivenost, što znači da je univerzalna pokrivenost oz-

biljno dovedena u pitanje. Ravnopravan pristup zdravstvenim uslugama biće otežan i sve dalji za građane kojima platežna sposobnost ne garantuje adekvatnu zdravstvenu zaštitu. U takvim okolnostima ni tehnika pribavljanja novca neće biti svrsishodna, pa će i zdravstveni fondovi postajati prazni.

Mnogo je zemalja-članica Evropske unije, naročito onih sa periferije, u kojima porast zdravstvene potrošnje zabrinjava kako građane tako i relevantne organe. Dobar primer za to je Italija (17), u kojoj je zdravstvena potrošnja u 2006. godini učestvovala u bruto društvenom proizvodu (BDP) sa 9,0%, što je iznosilo oko 2.600 \$ USA po glavi stanovnika. Od toga je oko 75% utrošeno na obavezno zdravstveno osiguranje koje obezbeđuje italijanska vlada. Samo tri godine kasnije, tačnije 2009. godine, ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu dostigli su 9,5% bruto društvenog proizvoda (BDP) ili 3,027 \$ USA po glavi stanovnika. Dakle, italijanska zdravstvena potrošnja je iznad proseka zemalja OECD koji iznosi 8,9% bruto društvenog proizvoda (BDP) (18). Prema kvalitetu, što je veoma bitno za komparativnu analizu, italijanski zdravstveni sistem na svetskoj lestvici zauzima vrlo visoko drugo mesto, odmah iza francuskog.

Literatura

1. A. P. van der Mei, 2003, Free Movement of Persons within the European Community. Cross-Border Access to Public Benefits, Oxford.
2. De Oliveira G., 2005, Some improvements in the Portuguese medical law. In: Sanderfelt M, ed. Yearbook of European medical law. Lidingo, The Institute of Medical Law.
3. Douver N., 2004, Svetsko siromaštvo. (U: Piter Singer, Uvod u etiku, izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića, Sremski Karlovci–Novi Sad.
4. Ensor T. and Duran-Moreno A., 2002, Corruption as a Challenge to Effective Regulation in the Health Sector. In: Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems, ed. R. B. Saltman, R. Busse, and E. Mossialos.
5. Germany country profile. Library of Congress Federal Research Division (December 2005).
6. "Health Act 2004". Irish Statute Book. Office of the Attorney General.
7. Hervei T.K. and Mekhejl J.V., 2004, „Zakon o zdravstvu Evropske unije”, Kembrdž.
8. Huber H., Stanciole A., Wahlbeck K., Tamsma N., Torres F., Jelfs E. and Bremner J., 2008, Quality in and equality of access to healthcare services, Study Report for European Commission, Directorate-General for Employment, Social Policy and Equal Opportunities. Available at: www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf. (Posećeno: Novembar 16, 2011)
9. Van de Gronden J. W., Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Outan Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care?The competition law review Volume 6, Issue 1, December 2009.
10. Law for the Twenty-First Century. Volume 2: Internal Market and Free Movement Community Policies, Oxford, 2004.

11. Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. A., 2008, Assuring the Quality of Health Care in the European Union, A case for action, Observatory Studies Series No 12, Sixth Framework programme, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
12. Louri V., 2002, "Undertaking" as a Jurisdictional Element for the Application of EC Competition Rules', *Legal Issues of Economic Integration* 172.
13. McKee M., Mossialos E., Belcher P., 1996, The influence of European law on national health policy, *Journal of European Social Policy* 6(4).
14. McKee M., Baeten R., eds, 2008, Patient mobility in the European Union: learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
15. Mossialos E., McKee M., Palm W., Kar B. L. and Marhold F., 2002, 'EU law and the Social Character of Health Care', Brussels.
16. Mossialos E., 1997, Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, *Health Economics* 6(2).
17. "OECD Health Data 2008 How Does Italy Compare". OECD, 2008.
18. "OECD Health Data 2008: How Does Spain Compare". OECD, 2008.
19. Savet Evropske unije 2007.
20. SZO, Komisija za socijalne determinante zdravlja 2008.
21. The Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems, OJ 2006, C156/1.
22. The World Health Report 2000: WHO.
23. Totić I., 2011, Politike u zdravstvenom sistemu Evropske unije, *Zdravstvena zaštita, časopis za socijalnu medicinu, javno zdravstvo, zdravstveno osiguranje, ekonomiku i menadžment u zdravstvu*, novembar, br. 5.
24. Vukmanović L. Č., 1994, Menadžent u zdravstvu, politika i strategija zdravstvenog razvoja, Menadžent zdravstvenih programa i zdravstvenog sistema, Evropski centar za mir i razvoj-ECPD, Univerzitet za mir Ujedinjenih nacija, Savremena administracija, Beograd.
25. "Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering" (in Dutch). Centraal Bureau voor de Statistiek: StatLine. 20 May 2010. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?> (Posećeno: oktobar 19, 2011)
26. "White Paper", Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013' COM (2007) 630 final.
27. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., E. van Ginneken, Cross-border health care in the European Union, Mapping and analysing practices and policies, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
28. WHO Statistical Information System.
29. World Health Organization Assesses the World's Health Systems.
30. World Health Organization Statistical Information System: Core Health Indicators.
31. "World Health Organization – Italy". WHO, 2010.