

Финансирање здравствене заштите у земљама чланицама Европске уније – осврт на групу ПИИГС

Ибрахим Тотих¹

Health Care Financing in Member States of the European Union – Review on Group PIIGS

Ibrahim Totic

*Празни лончићи најаче звоне
Vasa vacua maxime sonant*

Сажетак: Основни циљ овог рада јесте сагледавање последица неуспешне политике финансирања здравствених система неколико земаља-чланица Европске уније, чије економије годинама чине велике напоре да напусте уклету простор – њену периферију. Периферне земље, познате и као група ПИИГС (прасићи), (Португалија, Ирска, Италија, Грчка и Шпанија), због перманентног пада бруто друштвеног производа (БДП) и раста јавне (и здравствене) потрошње, немају изгледних шанси за обрачун са многим, а нарочито са проблемима који ометају функционисање њихових здравствених система. Рад истражује да ли ће, када ће, а ако неће зашто неће, ови проблеми бити коначно решени? Истраживања су показала да је њихов горући проблем одсуство ефикасних механизма за заустављање све агресивнијег раста здравствене потрошње. Њихово одсуство из политике финансирања здравствене делатности спречава финансијску функција да дође до пуног изражаја.

Она је у раду и поред тога афирмативно третирана, прво, што финансијска средства дели строгим критеријумима, према пореклу и/или износу, и друго, што у њиховој недовољности приликом дистрибуције показује крајњу коректност и уважава степен хитности. Она утиче да се у земљама групе ПИИГС природа финансијских средстава, њихови извори, техника прикупљања, као и процедуре алоцирања и дистрибуирања, значајније не разликују.

Summary: The main objective of this paper is to consider the consequences of failed policy of financing health systems of several countries-members of the European Union, whose economies are making great efforts for years to leave the doomed space-its periphery. Peripheral countries known as PIIGS group (pigs), (Portugal, Ireland, Italy, Greece and Spain), the continuing decline of gross domestic product (GDP) growth and the public (and health) spending have promising opportunities for dealing with many, especially problems that interfere with the functioning of their health systems. This paper examines, whether, when, and if not why not, these problems will be finally resolved? Studies have shown that their burning issue, the absence of effective mechanisms to stop all aggressive growth of health spending. Their absence from the financing of health care policy prevents financial functions to come to the fore.

She was at work and in addition positively treated first, which divides the strict funding criteria, the origin and-or amount and, second, that the insufficiency of their shows during the final distribution takes into account fairness and urgency. It affects you that in the PIIGS groups, the nature of financial resources, their sources, collection techniques and procedures for allocation and distribution does not differ significantly. The problem is that insufficient and the insufficiency of the trend continues. In this discurs, besides financial, and legal attention to the dimension of their health systems. With regard to the rights of their citizens from their roots agiduma Hippocratic Oath: „primum non nocere“

1 Ибрахим Тотих, Државни универзитет у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

Проблем је што су недовољна и што се тренд недовољности наставља. У дискурсу је осим финансијској, пажња посвећена и правној димензији њихових здравствених система. С обзиром да права грађана своје корене вуку из агидума Хипократове заклетве: „*primum non nocere*“ – „прво да се не нашкоди“, природно је да највећу пажњу завређују она у вези са људским здрављем. Констатација је да права на здравствену заштиту у земљама групе ПИИГС не варирају значајније, да је обухват здравственим осигурањем скоро универзалан и да су законодавства идентична.

Кључне речи: Група ПИИГС, здравствени систем, здравствена заштита, финансијска политика, финансијска функција, здравствена потрошња.

Увод

Да би се, каже Наваро, разумела ситуација у земљама на периферији Европске уније, у пет држава унутар еврозоне (Португалија, Ирска, Италија, Грчка и Шпанија - ПИИГС), треба се осврнути на њихов заједнички политички контекст. Историјска сличност представља кључну варијаблу за разумевање њиховог економског понашања и одређује природу њихових система. Друга заједничка особина је њихов врло низак ниво државних прихода и високо регресивна фискална политика. Приходи су им много нижи од просека у Европској унији, који износи око 44% друштвеног бруто производа (БНП). На пример, у Шпанији су око 34%, у Грчкој 37%, у Португалији 39% и у Ирској 34%¹. Њихове владе су свесне да је финансирање здравствене делатности озбиљан подухват у свим земљама-чланицама Европске уније, а не само код неколико њих. Према томе, политика финансирања здравствене заштите мора заузимаати битну позицију у свим њиховим документима, декларацијама, резолуцијама и програмима. Поменути документи ни на један начин не лимитирају потребна финансијска средства нити ограничавају расположиве здравствене ресурсе. То су показали и ресорни министри задужени за питања здравствене и социјалне

– „*first do no harm to*“, it is natural that they deserve the most attention with regard to human health. The conclusion is that the right to health care in the group do not vary significantly PIIGS to health insurance coverage is almost universal, and that the legislation is identical.

Keywords: Group PIIGS, health systems, health care, financial policy, financial functions, health care spending.

политике у Европској унији, усаглашавањем става да се од 2010. године, грађанима свих земаља-чланица Европске уније морају обезбедити оптимални услови у којима не сме бити неједнакости у погледу заштите њиховог здравља².

Политика финансирања здравствене заштите подразумева фокусирање функција, процедура и примену мера ради прибављања финансијских средстава потребних за покривање расхода насталих услед коришћења гарантованих права из домена обухватног здравственог осигурања. Њена сврха, осим прибављања, јесте и њихова коректна дистрибуција и алокација, контрола крајње употребе и награђивање давалаца здравствених услуга. Зато се финансијска функција у земљама групе ПИИГС, и не само у њима, схвата као круцијална у глобалној политици. Њена улога је да на законит начин усмерава финансијска средства и да у складу са правима грађана финансира њихове потребе из домена здравствене заштите. До скоро се могло чути да квалитетно или лоше људско здравље није последица индивидуалног избора, али је зато или врхунска вредност или непожељно стање у коме га људи поседују. Усуђујем се рећи, мој став је потпуно супротан. Здравље, било квалитетно или не, резултанта је индивидуалних манифестација његових имаоца према њему. Теорија да

је здравље детерминисано утицајем политичких, друштвених, технолошких и економских фактора, полази од чињенице да људи живе у додиру са њима и да је због тога присутно варијабилно људско понашање.

Приступ квалитетним здравственим услугама је императив. На то се може и мора непрестано рачунати: прво, због завређених (незавређена) права грађана на обухватну здравствену заштиту, и друго, због обавезе сваког појединца, групе људи или институција на чувања и унапређивања туђег и личног здравља. Заједничка брига о људском здрављу додатно јача његову социо-економску димензију. У извештају Светске здравствене организације (СЗО) о детерминантама здравља стоји да је лоше људско здравље (посебно сиромашних категорија) међу грађанима земаља-чланица Европске уније последица неједнаке дистрибуције моћи, наглашене социјалне и здравствене неједнакости, неуравнотежених прихода и недостатка квалитетне робе и услуга на националном и глобалном нивоу³. Сматра се да је то кључни разлог зашто грађани земаља групе ПИИГС нису имали нити имају пригодну прилику да свој живот и живот својих породица организују у адекватним условима.

Циљ рада

Савремени свет оштрим кораком маршира на свим фронтима. У чизмама високе технологије осорно је згазио на терен здравствене делатности и приморао многе земље-чланице Европске уније да за здравствене потребе на једногодишњем нивоу издвајају и до 12% из свог бруто друштвеног производа (БДП). Међутим, у овом раду издвајања, ма колика да су, не сматрају се трошком, већ свесним инвестирањем у људско здравље, које представља опште добро *par excelance*, и у технолошко унапређење здравствених система. Настоје се уважити, прво, економска логика и економски принципи, и друго, ангажовања промотера политике финансирања здравствене заштите и процеси осавремењавања здравствених капацитета у земљама групе ПИИГС. Актери политике финансирања здравствених сис-

тема морају знати да су грешке скупе исто толико колико и време. Ево и скромног савета за њих, нека се најпре фокусирају на контролу и сузбијање раста здравствене потрошње, а онда на пуко обезбеђивање потребних финансијских средстава. Раст здравствене потрошње је заједнички непријатељ ових земаља који све снажније атакује на њихов бруто друштвени производ (БДП) и незауостављиво граби навише.

Није спорно да све земље периферне групе ПИИГ имају јединствен циљ – ефектно финансирање сопственог систем здравствене заштите. Такође није спорно да финансирање здравствене заштите представља обухватну политику и озбиљну оперативну функцију, али су спорни коначни резултати. И чему толики пропусти? Да ли због лоше вођене фискалне политике, односно нередовне наплате пореза и доприноса, или због нечега другог? То питање захтева конкретан одговор. Познато је да у свакој од ових земаља компетентни државни органи прибављена финансијска средства усмеравају у јединствене фондове намењене здравственој сигурности⁴, а зна ли се колико је то осетљива процедура. Она је у сталном додиру са различитим облицима ризика који увек и од некуд прете. Ризик омета ефектну политику финансирања, сеје сумњу у реализацију постављених циљева, девалвира очекивања и резултате, угрожава доследно коришћење права на здравствену заштиту и осујећује давање-примање здравствених услуга под истим условима⁵.

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА ЧЛАНИЦАМА ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ – ОПШТИ ПРИСТУП

Функција финансирања здравствене заштите у свим, а нарочито у периферним земљама-чланицама Европске уније, значајније од свих других функција одређује квалитет здравља грађана, мотивише инвестирање у здравствене капацитете и награђује даваоце квалитетних здравствених услуга. Незамањива је код евалуирања ефеката, доношења ваљаних одлука,

примене конкретних мера и систематичног и аналитичког разматрања расположивих здравствених ресурса. Најпозванија је за давање објашњења у вези са дејством фактора политичког, економског, друштвеног и техничког карактера на свим нивоима. Зато Мек Ки, Мосиалос и Белчер, функцију финансирања здравствене делатности стављају испред свих осталих, руковођени чињеницом да она поспешује укупне услове за пружање здравствене заштите. Они немају дилему да је становништво сваке земље-чланице Европске уније универзални и најсигурнији ресурс⁶. Међутим, ресурси намењени неометаном финансирању здравствених програма и циљева, гаранција су само ако су обезбеђени у довољној мери, ако су континуирани и ако су одрживи на дуже време. Финансијска здравствена политика управо због ресурса подсећа на ланац чије карике они представљају и за које су везане конкретне оперативне функције. Ресурси треба да се непрестано штите и обнављају, зашта су задужене централне власти. Уколико то не чине на одговарајући начин, могу запасти у озбиљне проблеме. На пример, неопрезно обезбеђивање финансијских средстава из пореза и доприноса може изазвати опасност од бојкота грађана и може подстаћи расположење за евазију. Зашто? Зато што су поједине групе спремне да свесно избегавају плаћање трошкове здравствене заштите за друге и да на тај начин провоцирају отпор и других према редовним уплатама пореза и/или доприноса.

Доприноси за здравствено осигурање представљају сопствена средства за финансирање социјалне сигурности која прикупљају институције централне власти, и усмеравају их и држе у јединственим здравственим фондовима⁷. Фондови приликом дистрибуције прибављених средстава воде бригу о ефектној надокнади сиромашним регионима, сиромашним грађанима и/или осигураницима са већим ризиком од оболевања. Чему се тежи? Коришћењу квалитетне здравствене заштите, сличне оној коју уживају грађани у развијеним земљама-чланицама Европске уније. На пример, у Холандији се од 1. јануара 2006. године здравствена заштита финансира дуалним системом. Здравствени систем „најсрећније“ земље на

свету, упоређен са другим, такође развијеним здравственим системима (Сједињене Америчке Државе, Аустралија, Канада, Велика Британија, Немачка, Нови Зеланд), убедљиво је у свему испред њих. Заслуге за то припадају Општем закону о изузетним здравственим трошковима (*General Law on Exceptional Healthcare Costs – GLEHC*)⁸. Сви третмани (краткорочни) су обухваћени системом обавезног здравственог осигурања које обезбеђују приватне компаније. Пакет здравствених третмана за сваког осигураника дефинише се закључивањем двостраног уговора у писаној форми⁹. Током 2009. године, 27% свих трошкова здравствене заштите покривено је на поменути начин. Други извори плаћања здравствене заштите су порези са 14%, плаћања из џепа грађана (*OOP – out-of-pocket*) 9%, додатни опциони пакети за здравствено осигурање 4% и остали повремени извори такође 4%. Једнак приступ здравственим услугама у оба случаја је гарантован. Холандија је у 2009. години за здравствену заштиту својих грађана издвојила 12% из бруто друштвеног производа или 4.914\$ УСА по глави становника и у том погледу је за Светску здравствену организацију (СЗО) парадигма високе развијености.

Светска здравствена организација (СЗО) је много раније у свом извештају објавила податке да је у најјачој европској економији (Немачка), у току 2004. године, преко 77% здравствене потрошње финансира немачка влада, а преосталих 23% финансирана су премијама приватног здравственог осигурања¹⁰. Исте године, укупна здравствена потрошња износила је 10,8% немачког бруто друштвеног производа (БДП), да би 2009. године достигла високих 11,6%¹¹. У Немачкој, која је у току 2009. године за здравствену заштиту својих грађана издвојила 4.218\$ УСА по глави становника, доприноси су обједињени у нови национални Фонд за здравствено осигурање који је током 2011. године постао једини одговоран за њихову благовремену наплату.

Француски здравствени систем се сматра универзалним јер у њему скоро целу здравствену заштиту грађана финансира национална влада. Подаци Светске здравствене организације (СЗО) из 2000. године говоре да Фран-

цуска пружа „најбољу укупну здравствену заштиту“ на свету¹⁰. У току 2005. године за те сврхе потрошила је 11,2% свог бруто друштвеног производа (БДП) или 3.926\$ УСА по глави становника. Међутим, за 2009. годину, слично Немачкој, издвојила је 11,8% из бруто друштвеног производа (БДП) или 3.978\$ УСА по глави становника. Око 77% здравствених трошкова покриле су владине агенције које финансирају здравствену потрошњу. Издаци су високи и знатно су изнад просечних трошкова на нивоу Европске уније.

Не памти се дебата о финансирању здравствене заштите у којој није подвучена реч *приоритет*. Многи теоретичари као разлог за његово често помињање, и као термина, али и као акције, наводе сиромаштво са којим се суочавају више периферне него развијене земље-чланице Европске уније. Међутим, сиромаштво у земљама групе *ПИИГС* није изражено у степену који бележе, на пример, земље које нису чланице Европске уније. У случају потоњих, практичније је говорити о моралној хитности и/или о озбиљном предузимању конкретних акција, него о формалном формирању реда приоритета. Пружање квалитетне и правовремене здравствене заштите је одговоран посао. И сасвим је логично да се под њим сматра, прво, промптна подршка даваоцима-корисницима здравствених услуга, и друго, превага хитности над приоритетом. Дакле, хитност је и као термин и као практична чињеница у супремацији над приоритетом. И Доувер се слаже да је функционалније користити термин хитност него приоритет. Њега идеја приоритета асоцира на успостављање одређеног поретка у санирању нежељених стања, којом приликом се приступа ланчаном ублажавању прво једне, затим друге, и тако редом... до коначне ситуације¹². Међутим, то није и не мора бити једини начин који треба да одреди или који одређује суштину здравствене заштите. Неопходно је узети у обзир стандарде и процедуре њиховог пружања и супростављене и отежавајуће околности.

ФИНАНСИЈСКА ПОЛИТИКА ЗЕМЉАМА ГРУПЕ ПИИГС

Дилеме коначно више не постоје. Здравство, делатност од општег интереса у многим земљама-чланицама Европске уније, финансира се тако да деценијама не успева да покрије настале трошкове. Замерке су једним делом упућене креаторима здравствене политике, јер нису правилно селектирали одрживе ресурсе нити су направили најсрећнији избор метода којима би из њих дугорочно црпили финансијска средства. Други део критике упућен је директним корисницима финансијских средстава због немарног односа према политици финансирања. Они не желе да схвате да се налазе у маказама две поражавајуће истине, пад бруто друштвеног производа (БДП) и пораст здравствене потрошње, и да обе сигурно воде у дуговремену дужничку кризу. Занимљиво је да су многи имуни на предвиђања експерата за питање здравствене политике у Светској банци (*World Bank*). А она просто уливају страх званичницима у развијеним земљама-чланицама Европске уније. Предвиђања су да ће у блиској будућности јавна потрошња за здравство у Европској унији прећи садашњих 12% бруто друштвеног производа (БДП). Толика су тренутна издвајања само у Холандији. Питање је шта на том путу чека земље групе *ПИИГС*. Да ли ће архитекте њихове здравствено-финансијске политике успети да успоставе еквилибриј прихода и расхода у буџету и да ли ће на било који начин обуздати неконтролисане токове јавне потрошње? Они којима је улепшавање стварности страшно, сматрају да неће. Чак ће неадекватно финансирање додатно продубити кризу и угрозити виталне друштвене функције. Аргументи за то су три међусобно повезана тренда: старење становништва, пораст хроничних болести и све оскуднији финансијски извори¹³.

Иако су у земљама групе *ПИИГС* спровођене опсежне здравствене реформе са јасним циљем: оштро супростављање порасту здравствене потрошње, већина је окончала правим фијаском. Ниједан њихов резултат није био толико успешан да би оправдао уложене напоре. Да ли разлоге треба увек тражити ис-

кључиво у недовољним финансијским средствима? Треба, јер додатно брину размишљања саветника за ментално здравље у Светској здравственој организацији (СЗО) Мат Муијена (*Matt Muijen*). Он каже да ће: „...моћна медицинска индустрија (вероватно) бити највише заинтересована за профитне третмане... пошто земље-чланица Европске уније нису успеле да реше кризу финансирања здравствене заштите на националном нивоу, мораће да се сложе око уједињења својих система здравствене заштите у јединствени систем“¹³. Крајем 2013. године у Бриселу ће званично бити формирана институција која ће организовати, објединити и стандардизовати здравствени блок за целу Европску унију. Колос ће се звати Европски савезни здравствени систем (*European Federal Healthcare System – EFHS*), и креираће одрживе европске финансијско-здравствене политике.

ПОРТУГАЛИЈА

Сви становници Португалије су обухваћени здравственим осигурањем посредством Националног здравственог система (НХС), који је конституисан 1979. године. Он обезбеђује врло широк спектар бесплатних здравствених услуга које се пружају – користе у различитим здравственим установама. Стоматолошке услуге су искључене из тог спектра. Према португалском закону, однос између даваоца и корисника здравствених услуга успостављен је закључивањем уговора о давању-коришћењу здравствених услуга, познатом као „уговор за услуге“¹⁴. С тим у вези португалско законодавство познаје две врсте прописа. Прва врста прописа односи се на регулисање третмана у јавним (државне) здравственим институцијама које функционишу у оквиру Националног система здравствене заштите (НХС). У таквим случајевима, сходно правничкој пракси, односи се уређују по одредбама из управног права. Друга врста прописа регулише односе на основу одредаба из грађанског права, Наиме, давање-коришћење здравствених услуга врши се и у приватним здравственим установама и од стране приватних давалаца¹⁴. Португалски

Закон о здравственој заштити (48/90, од 24. августа 1990. године), остао је упамћен по томе што су многе његове норме за обе стране биле прилично нејасне и врло често бескорисне. Дакле, нису најбоље дефинисале ни права осигураника ни права давалаца здравствених услуга⁵. Одређени помак у дефинисању права направљен је током 1997. године, када су многе нејасноће разјашњене посебном повељом. Данас је правни спектар који се примењује у португалском здравству консолидован и завидно уређен.

Половином 1999. године, у жижи португалске јавности нашао се квалитет здравствених услуга. Постизање високог квалитета захтевало је корените промене и додатно уређивање здравствене политике која је на државном нивоу заузимала врло високу позицију. Половином 2004. године ово питање је још снажније потенцирано и додатно је раширило сферу интересовања. Министарство здравља постаје одговорно за промоцију стратегије квалитета здравља на свим нивоима на којима грађани задовољавају своје специфичне потребе. Стратегија квалитета је постала матрица за промоцију здравствене политике. Њен смисао је строга примена законских норми, одговарајућих медицинских процедура и здравствених стандарда који прецизно одређују компетентност лица која врше стручну процену здравственог стања грађана. У вези с тим, а у оквиру здравствене реформе спроведене током 2006. године, повучен је храбар потез, у име бољег квалитета, укинут је Национални здравствени институт за квалитет здравља (*National Health Quality Institute – Instituto da Qualidade em Saude*)¹⁵. Међутим, решење је нађено тако што су његове компетенције интегрисане у Генералну дирекцију за здравље (*General Department of Health – Direcção Geral de Saude*) и новонасталу Централну управу за здравље (*Central Administration of Health – Administração Central do Sistema de Saude*). Оба института су подређена Министарству здравља¹⁵.

Што се расхода за здравствену заштиту тиче, тренд је европски. Финансирају се из доприноса које уплаћују послодавци на једној и запослени на другој страни. Компаративно посматрано, у 1996. години, износили су 8,6%

бруто друштвеног производа (БДП), да би на крају 2005. године достигли врло високих 10,2%¹⁶. Међу највишим су у земљама-чланицама Европске уније, односно равни аустријским, али су нижи од немачких и француских. Здравствена потрошња као део укупне јавне потрошње коју финансира влада Португалије, порасла је у периоду од 1996. до 2005. године са 67,5% на 72,7%. Ситуација са здравственом потрошњом је иста и у приватном здравственом сектору који бележи пораст са 1,3% у 1996. години, на веома високих 3,8% 2005. године¹⁷. Дакле, приватни сектор има битну улогу у здравственом систему и покрива близу 10% здравствених расхода. Прикупљање финансијских средстава за потребе Националног здравственог система (НХС) *grosso modo*, остварује се путем општег опрезивања. У укупним јавним приходима намењеним здравственом систему, индиректни порези су заступљени са 60%, што захтева додатне мере опреза због финансијске одрживости. Финансијска одрживост може бити вишеструко и озбиљно угрожена, прво, ако здравствени систем значајније зависи од посредних пореза, на пример, пореза на потрошњу (ПДВ) и акциза; друго, ако су доприноси на нижем нивоу; и треће, ако је наглашена евазија пореза и доприноса. Министарство здравља око 90 % својих прихода остварује преко централног државног буџета. У току 2005. године прикупљање јавних прихода потицало је од пореза 71,9 %, од доприноса за социјално осигурање 0,8 %, од премија приватног здравственог осигурања 3,8%, од директног плаћања услуга из џепа (*ООР – out-of-pocket*) 22,3% и по основу других наплата нешто изнад 1,3%¹⁰. Додатни приходи, које такође остварује, потичу од додатног пружања здравствених услуга пацијентима који могу и желе да плате посебан третман за време боравка у здравственим установама. Здравствене реформе су почеле у току 1997. године. Кључни догађај у њиховом спровођењу јесте увођење плаћања болницама на основу дијагноза за поједине групе осигураника. Битан догађај је увођење капитације, алокација ресурса на нивоу локалних власти за примарну здравствену заштиту (*Regional Health*

Administrations – RHS) и успостављање одговорних органа у сваком од њих. Здравствена реформа је још јачим интензитетом настављена 2005. године смањењем јавне поделе трошкова за фармацеутске производе, односно 2007. године, када је уведена подела трошкова за болничко лечење и операције¹⁷.

ИРСКА

Систем јавне (државна) здравствене заштите у Ирској²², регулисао је питање здравља њених грађана 2004. године, успостављањем Извршне здравствене службе (*Health Service Executive – HSE*). Извршна здравствена служба (ИЗС) је званично почела са спровођењем важних одлука и реализацијом здравствених програма и мера 1. јануара 2005. године. Напокон је дат сигнал ирском здравству да су за редефинисање и модификацију здравственог система неминовни нови подухвати и оштри процеси. „Келтски тигар“, како је због свог експанзивног економског развоја неколико година уназад називана Ирска, започео је реформске процесе, не само у здравственој већ и у другим државним делатностима. Извршна здравствена служба, осим што је наставила са започетим реформским програмима, утврдила је нове програме који се тичу како јавног (државног) тако и приватног здравственог осигурања. Здравствене реформе и иновације које је потенцирала и спроводила Извршна здравствена служба (ИЗС) биле су стратешког карактера и ослањале су се на потпуно нов начин буџетирања, програмирања и планирања.

Кључна фаза везана за финансирање здравствених реформи, чије је озбиљније спровођење почело 1994. године, јесте стварање услова за несметано увођење приватног здравственог осигурања. Ступањем на снагу новог Закона о здравственом осигурању појачана је конкуренције на тржишту здравствених услуга. Ирска влада је 1999. године објавила Белу књигу (*White Book*) о приватном здравственом осигурању. Исте године усвојен је Закон о допуни Закона о здравственом осигурању који је додатно уредио његову нову регулативу и промовисао основне прописе²³. Крајем 2001. године

донет је Закон о увођењу и изједначавању ризика у области јавног и приватног здравственог осигурања према коме су обе врсте на здравственом тржишту у скоро идентичном положају. Сва лица која живе у Ирској могу рачунати на потпуну здравствену заштиту коју обезбеђује и финансира Извршна здравствена служба (ИЗС) на основу општег опорезивања и од премија приватног здравственог осигурања. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО) у 2005. години, 47,6% становништва Ирске било је обухваћено приватним здравственим осигурањем²⁴.

Укупна здравствена потрошња која чини велики део укупне јавне потрошње имала је немирне токове. У свим земљама-чланицама Европске уније, нарочито у периферним, где припада и Ирска, у последњих неколико година и здравствена и јавна потрошња бележе високу стопу раста. Здравствена потрошња је у периоду између 1996. и 2005. године, са 70,5% достигла границу од 79,9% укупне јавне потрошње. Ирска је током 2005. године за заштиту својих грађана утрошила 8,2% бруто друштвеног производа (БДП) или 3.996\$ УСА по глави становника. Од тога је око 79% здравствених расхода покрила ирска влада²⁵. Највећи пораст забележен је код трошкова приватног осигурања који су са 48,3% у 1996. години, достигли високих 61,0% у 2005. години. Занимљиво је да су трошкови директних плаћања из џепа грађана (*OOP – out-of-pocket*) за исти период смањени са 14,8% на 13,8%. Здравствени систем у Ирској дели судбину других система у Европској унији, и у последњих неколико година захваљујући перманентном расту здравствених расхода има великих, нарочито финансијских проблема. Здравствене установе широм земље приморане су на пружање још шире лепезе здравствених услуга, нарочито из области примарне здравствене заштите, што додатно увећава ионако високе здравствене расходе Извршне здравствене службе (ИЗС). Лица без здравствене легитимације (носиоци јавног здравственог осигурања), као и носиоци приватног здравственог осигурања, здравствене услуге из домена примарне здравствене заштите добију бесплатно или по субвенционисаним ценама.

Поменути праксу подржавају многе политичке партије. Дословно се залажу за већу стопу покривености. Подржавају проширење обухвата здравственим осигурањем како би сви грађани у Ирској имали исте привилегије, а не само њих 31,9%, као што је тренутно случај²². Међутим, у питању је парадокс. Ако је палета здравствених услуга преширока, а финансијска подршка недовољна, логично је да обухват становништва буде на нижем нивоу од могућег. Међутим, здравство је увек и свуда било мотор гласачке машине. На крају, најтеже откљонив проблем ирског здравственог система је тај што је Извршна здравствена служба (ИЗС) највећи послодавац у Ирској²⁶. У њој је запослено преко 100 хиљада радника, за чије издржавање ирска влада за једну годину издваја 16 милијарди евра, али и то није ни приближно довољно.

ИТАЛИЈА

Италија, једна од шест земаља оснивача Европске заједнице, са скоро 60 милиона становника и 30.800\$ УСА *per capita*, према процени Светске здравствене организације (СЗО) има здравствени систем међу најбољим на свету³, одмах после француског¹⁸. Кључ високог позиционирања је у потпуно бесплатним операцијама и хоспитализацијама у свим болницама и установама за све грађане, без обзира на њихово материјално стање. Од оснивања Националног система здравствених услуга (*Servis Sanitario Nazionale – SSN*) 1978. године, који је у оквиру Министарства здравља, све услуге из домена јавног (државног) здравства финансиране су у корист грађана. После равно две деценије, 1998. године, обезбеђено је финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите за имигранате, што је био нови атак на бруто друштвени доходак (БДП) и проширење ионако широког спектра здравствених услуга. Од тада италијански грађани уживају широка права из области здравственог осигурања и здравствене заштите и имају могућност да слободним иступањем на „тржиште здравствених услуга“ бирају начин за заштиту свог здравља. Систем здравствене заштите је

како на државном тако и на регионалном плану у сталном развојном процесу. Национална влада и регионалне администрације спроводе своје здравствене политике на основу смерница Националног здравственог плана. У периоду од 2006. до 2008. године, Министарство здравља је са представницима регионалних управа донело посебан документ, назван Пакт за здравље и богатство („*Pact for Health and Wealth*“), који је предвиђао израду националног програма за постепено побољшање здравственог квалитета¹⁹. Министарство здравља одређује националне смернице, а регионалне владе врше надзор приликом пружања здравствених услуга, подстичу примену законских правила и подсећају осигураваче на оквире обавеза и компетенција.

Правнички речено, однос између давалаца и корисника здравствених услуга успоставља се закључивањем двостраног уговора у писаној форми. Барендрехт¹⁴ истиче да се такав однос углавном регулише одредбама о интелектуалној професији (чланови 2229-2238 Грађанског законика), заједно са одредбама о аутономији рада (чланови 2222-2228 цивилног Законика). Права осигураника су знатно ревидирана 1995. године у складу са сталним променама које су настајале на релацији медицинска струка - укупно друштво. У случају да су повређена правила, етика и/или стручност, предвиђене су законске одредбе које налажу примену различитих дисциплинских мера²⁰.

Здравствена заштита се углавном финансира преко централног и/или локалног опорезивања²¹. Пред крај XX века, тачније до 1998. године, када је замењен са две нове врсте регионалних пореза, здравствена заштита је финансирана углавном из пореза на зараде запослених. Први порез је порез на добит корпорација и обрачунава се на „додату вредност“ предузећа по стопи од 4,5%, а други је порез на зараде запослених у јавном сектору и обрачунава се по стопи од 8,5%. Министарство здравља око 90% укупних прихода наменски усмерава за финансирање здравствене заштите у она подручја у којима су извршене наплате пореза. Укупни расходи за здравствену заштиту, као део бруто друштвеног производа (БДП), порасли су са 7,3% у 1996. години на 8,8% у

2005. години. Такође су за исти период, као удео у укупним трошковима, нарасли са 71,5% на 75,8%. Наредне 2006. године, износили су 9%, а 2009. године 9,5%, и значајно су виши од просека на нивоу земаља ОЕЦД који износи 8,9%. Мерени по глави становника за 2006. годину, износили су 2.600\$ УСА, односно 3.027\$ УСА за 2009. годину¹⁵. Ако неко мисли да је реч о незнатном расту, није у праву. Напротив, раст је огроман. Прво, због устаљене праксе да се лествица јавне потрошње стално помера на горе, и друго, да бруто друштвени производ (БДП) стално стреми наниже и гура Италију у дужничку кризу. Уосталом, то је њена данашња политичко-економска стварност. Око 75% здравствених трошкова италијанска влада финансира из државног буџета¹⁸. Према динамици и у односу на приходе, укупни расходи за здравствену заштиту у 2005. години покривени су из пореских извора са 75,7%, из доприноса за социјално осигурање са свега 0,1%, премијама од приватног здравственог осигурања са 0,9%, директним плаћањима из џепа осигураника (*OOP – out-of-pocket*) са 20,3% и из других извора са 3,0%¹⁰.

Као почетак спровођења реформи у оквиру здравственог система узима се 1993. година, када се први пут уводи подела трошкова са новом горњом границом за специјалистичке прегледе. Након тога је 1998. године уследило поменуто укидање доприноса за социјално осигурање, који је замењен са два регионална пореза. Италијанска влада је 2001. године основала Национални фонд солидарности са циљем да средства наплаћена од пореза на додату вредност (ПДВ) распоређује по регионима и подстичу ефикасност њихових здравствених установа. Посебно је упамћена реформска 2007. година, у којој су прецизно утврђене максимална накнада и фиксна партиципација за посете специјалистичким службама. Италијанска влада је у мају исте године укинула провизије и увела плаћање за неправдано коришћење хитних здравствених услуга. Породичне лекаре додељује и у потпуности плаћа Национална здравствена служба. Уколико су осигураници незадовољни доделом, слободни су да промене лекара, под условом да наредни кога су сами бирали има слободан

термин. Горући проблем у италијанском здравству ипак је велики број незапослених лекара и велике разлике у зарадама. Међутим, тешко је стећи глас и постати лекар на пример, породице Ањели, спортских, филмских или политичких старова.

ГРЧКА

Говорити о Грчкој уопште, немогуће је без осврта на економско-политичку кризу која се у њој најбоље удомила. Традиционално економски зависна и свима дужна, а опет са високим стандардом својих грађана, подсећа на некога од кога сви редом зависе. А није тако. Грчка је увек зависила, а и даље зависи највише од развијене Европе. Парламентарна република са 10,7 милиона становника, имала је бруто друштвени производ (БДП) за 2009. годину, преко 338 милијарди \$ УСА (податак за). *Per capita* за 2009. годину износио је 32.100\$ УСА. С обзиром да је бруто друштвени производ склон паду, његов негативан тренд се очекује и у 2012. години, по стопи од - 4%, која је врло висока у односу на - 2,5% колика је била у 2009. години. Зашто је то тако, њена политичка елита нема одговор. Своју немоћ покушава да брани тако што све процесе које не може да следи и контролише приписује процесима глобализације и/или европеизације. То обично чини у време политичких промена, реформисања националних институција, њихове интеракције и уређења њиховог развоја у складу са оним на нивоу Европске уније²⁷. Колико у томе успева, најбоље говоре вишегодишње сцене на платоу испред парламента. За Тиниоса²⁸ европеизација је процес изградње и институционализације и када је дефинише он укључује парадигме, претпоставке, веровања, као и „начин обављања ствари“ које се први пут одвијају на нивоу Европске уније. Те ствари се огледају у драстичним рестрикцијама на које је Грчка приморана споља и изнутра. Оне су схваћене као присилно спровођење непопуларних економских мера чији је крајњи циљ повећање конкурентности домаћег капитала на уштрб интереса здравствених радника и здравља наро-

да у целини. За 2012. године планирана су мања издвајања за здравствене потребе из буџета за преко милијарду евра, сужавање здравствене инфраструктуре и отпуштање на стотине лекара. Планирано повећање радничких доприноса за фонд здравственог осигурања, увођење тржишних цена здравствених услуга и повећање партиципације при њиховом коришћењу, присилиће велики број осигураника да се окрену приватном здравственом сектору. Аналитичари сматрају да ће здравствене услуге (дојучерашњи понос Грчке), брзо постати роба-предмет у рукама носилаца капитала који ће манипулацијама на тржишту додатно увећати своје профите.

Здравствену заштиту за грчке грађане обезбеђује Национална здравствена служба (*National Health Services – NHS*) и начелно је универзални систем здравствене заштите. Финансирање је двојак. Прво, преко јавног здравственог осигурања за које финансијска средства обезбеђује држава, и друго, преко опције приватног здравственог осигурања које у последње време све више експандира и добија на значају. Из националног буџета Грчке за 2011. годину, здравственом систему је само за здравствене услуге, без накнада по основу осталих права које осигураници уживају, додељено преко шест милијарди евра, односно 2,8% бруто друштвеног производа (БДП)²⁹. Према извештају о здрављу становништва за земље ОЕЦД из 2011. године¹¹, здравствени трошкови за 2007. годину чине 9,6% бруто друштвеног производа (БДП) и имали су безначајан пораст у односу на 2000. годину, када су износили 9,5%. Према истом извештају, здравствени трошкови по глави становника 2000. године износили су 2.724\$ УСА, да би 2007. године достигли износ од 2.983\$ УСА, односно 3.223\$ УСА за 2009. годину. Здравствени расходи за 2000. годину које финансира грчка влада износили су 60,3%, да би на крају 2007. године забележили енорман раст и достигли високих 71,7%¹⁶.

Упоредјујући однос између лекара и пацијента у земљама-чланицама Европске уније, конкретно у земљама периферије (*ПИИГС*), Барендрехт износи податак да се он и у Грчкој успоставља на основу закљученог уговора,

с тим што је велика дилема како се тај уговор квалификује, као уговор о раду, уговор о услугама или као уговор *sui generis*¹⁴. То није била сметња да Грчка међу првим европским земљама донесе Закон о правима пацијената заснован на правилима из Европске повеље из 1979. године, који је кроз касније здравствене реформе више пута допуњаван и модификован. Министарство здравља је 1997. године основало Независну службу за заштиту права пацијената са циљем да штити оправданост доношења жалби грађана-пацијената који сматрају да су њихова права повређена. Током 2001. године, у Грчкој су, по угледу на друге земље-чланице Европске уније (пример Шпаније), отпочели процеси регионализације који су изменили њену економску, привредну и политички мапу. Почетком 2005. године почињу да функционишу нове здравствене институције, познате као Регионалне здравствене управе. Свака од њих за пословање болница и здравствених центара на територији коју покривају одговара Националној здравственој служби. Њихов основни задатак је контрола буџета, развој хуманих (људски) ресурса, одржавање и унапређивање здравствене инфраструктуре, набавка и рационална потрошња медицинског материјала. Преко финансијских показатеља прате употребу свих врста финансијских и техничких ресурса који се односе на болнице и друге здравствене установе. Нарочито су фокусиране на приватне здравствене фондове као парцијалне финансијере здравствене заштите и на праћење квалитета пружених здравствених услуга.

Приватни сектор у здравству Грчке апсорбује преко 45% укупних здравствених трошкова, запошљава преко половине лекарског кадра и управља са више од трећине болничких капацитета. Међутим, још увек нема компетенције (није ни у обавези), да спроводи политику квалитета услуга, изузев оне која се односи на изградњу здравствене инфраструктуре и процедура у вези са стручним квалификацијама здравственог персонала. Пружање здравствених услуга у установама приватног сектора условљено је лиценцирањем. Лиценцирање, контролу и процену хигијенских и стручних стандарда врши инспекција састављена од ле-

кара из одређеног региона. Приватне болнице и дијагностички центри су сертификовани од стране приватних акредитационих тела према критеријумима ISO-стандарда. Према важећим правилима у државним болницама и другим установама сертификација није услов за пружање здравствених услуга. С обзиром на велику демотивисаност, одсуство расположења за бригу о квалитету услуга и за преиспитивање нових организационих могућности, све је више захтева да и у њима сертификација буде обавезна. Лоша је пракса да, на пример, критеријум за алоцирање финансијских средстава буде број кревета уместо остварени резултати. Таква пракса иницира некоректне подстицаје да се увећава број болничких кревета, игнорише мала продуктивност и толерише постојање великог броја непотребних клиника.

ШПАНИЈА

Шпанска привреда је одавно суочена са проблемима од који за бекство нема великих изгледа. На помолу је дужничка криза која прети слому шпанског банкарског система, а и других виталних система. Капацитети за стварање нових вредности су недовољни, тако да је пад бруто друштвеног производа (БДП) природна ствар. О томе говоре подаци из 2008. и 2009. године. На другој страни, расходи за здравствену заштиту рапидно расту и подижу лествицу глобалне јавне потрошње навише. Здравствена потрошња је са 8,5% бруто друштвеног производа (БДП) у 2007. години достигла високих 9,0% у 2008. години, односно 9,5% у 2009. години. Краткорочно гледано, храбри чињеница да су трошкови здравствене заштите по глави становника у Шпанији нешто мањи од просека у земљама ОЕЦД. Они су 2009. године износили 3.067\$ УСА, а просек у земљама ОЕЦД за исту годину износио је 3.223\$ УСА¹¹. Она је по глави становника у периоду од 2000. до 2009. године, реално расла по стопи од 4% на годишњем нивоу, што је такође равно просечној потрошњи у земљама ОЕЦД. Предузимањем рестриктивних мера, шпанска влада је у току 2009. године успела да сведе здравствену пот-

рошњу по глави становника на 1,5%. Здравствена потрошња у Шпанији се финансира из јавних извора (порези и доприноси) и у 2009. години износила је 73,6% укупне јавне потрошње, што је изнад просека земаља ОЕЦД који износи 71,7%³⁰).

Општи закон о здравству (*The General Health Law*), усвојен 1986. године, инсистира на континуираном процесу процењивања квалитета свих врста здравствених услуга и стручности њихових даваоца у оквиру Националног здравственог система¹⁶. Основни Закон о правима на аутономију и обавезе пацијената из 2002. године, садржи општа права пацијената и сматра се посебним законом³². Регулације правни положај здравственог особља (лекари) и осигураника-пацијената, тј, однос давалац-корисник здравствених услуга. Закон омогућава корисницима да у оквиру својих права (слободан избор лекара или здравствене установе), добијају информације о листама чекања, медицинским мишљењима и о евентуалним променама у медицинским процедурама. Он подстиче регионалне здравствене управе и институције да институционализују адекватне организационе системе који ће створити услове да се права осигураника доследно поштују³¹. Одговорност за здравствену заштиту у Шпанији од 2002. године распоређена је на 17 аутономних области. То подразумева исто толико, или мало мање, различитих здравствених политика чија је циљна група квалитет здравствених услуга. Министарство здравља, квалитет здравствене заштите као основну референцу, није препустило случају, већ је и само активно приступило изради здравствених планова и програма. За њихово квалитетно доношење ангажовало је представнике свих структура за које је тог момента владало уверење да ће бити од помоћи. На велику жалост, требало је да прође двадесет година да здравствени квалитет завреди потребну пажњу. То се напokon догодило 2006. године, када је јавно представљен Национални план квалитета (*National Quality Plan*), који је донео Национални здравствени систем (НХС)³⁰.

Национални план квалитета представљао је инструмент за промоцију здравствене заштите и њено опредељење за очување здравља, пр-

венствено кроз процедуре примарне здравствене заштите. Промоција није била пуко афирмисање здравственог особља (планирани и расположиви људски ресурси) као даваоца здравствених услуга, већ на најбољи начин, манифестација општег интереса. Покривеност шпанског становништва здравственим осигурањем и здравственом заштитом преко Националног здравственог система (*National Health System – NHS*), скоро је апсолутна и износи 99,5% укупне популације. Преосталих 0,5% становништва нема посебан интерес да буде у поменутом пакету, а ради се о клијентели која има високе приходе и мали интерес да партиципира у Националном здравственом систему (НХС). То говори да у Шпанији приватно здравствено осигурање моментално има епизодну, боље је рећи допунску улогу.

Према извештају Светске здравствене организације (СЗО) из 2007. године, здравствени трошкови у шпанском здравству за 2006. годину покривени су са 65,2% из пореза, 5% из доприноса за социјално осигурање, 23,7% из директних наплата од корисника здравствених услуга (*OOP – out-of-pocket*), са 4,7% из премија приватног здравственог осигурања, а преосталих 1,4 % покривено је из повремених извора¹⁵. Здравствене реформе од 1999. до 2000. године допринеле су да се покривеност здравственим осигурањем прошири и на грађане који нису шпанског порекла а живе у тој земљи. Побољшан је механизам прикупљања пореза на државном нивоу и технологија дистрибуирања средстава на регионалне здравствене институције и кориснике, односно центре здравствених потреба. Улога регионалних пореза је измењена, тако што је ојачана. Функција финансијске политике регионалних здравствених институција заснива се на смањењу буџетског дефицита и на консолидацији мера које гарантују да здравствени расходи не смеју бити у раскораку са кретањем бруто друштвеног производа (БДП).

Уместо закључка

Здравствени системи у оквиру Европске уније разликују се од једне до друге земље-

чланице. Следећи правну доктрину, здравствени национални системи у Европској унији углавном се деле на две категорије. Прва категорија је Национални здравствени систем (*The National Health System – NHS*) који функционише у многим земљама-чланицама Европске уније (Велика Британија, Италија, Шпанија, Португалија, Грчка), а друга је Систем социјалног осигурања (*Social Security System – SSS*) који подразумева обавезно здравствено осигурање за све грађане или одређене групе грађана. Здравствена заштита се финансира из прибављених пореза, а проценат обухватности је пословично висок, и креће се до 99%. Јавно финансирање начелно доприноси делотворном и темељитом пружању здравствене заштите, независно од ризика који је последица лоше здравствене слике осигураника. Има нарочит утицај на обезбеђивање и доделу средства у складу са искрслим потребама, али знатно мањи утицај на платежну снагу осигураника. У посматраним земљама групе *ПИС*, постоје толерантни простори по којима се од корисника обухваћених обавезним здравственим осигурањем, зависно од врсте и обима здравствене услуге, може захтевати подела трошкова. Дакле, услов је доследно спровођење здравствено-финансијске политике, односно политике реалног алоцирања здравствених ресурса. Она је та која најбоље одражава систематско одређивање приоритета или хитности, које се односе не само на здравствени, већ и на њему комплементарне секторе.

Финансијска политика у здравственом сектору је снажна полука на коју се ослањају појединци, групе и укупна заједница која брине о онима који се на овом свету нису најбоље снашли или им фортуна није била довољно наклоњена. Са економског аспекта, неопходност утврђивања оптималне методе фи-

нансирања здравствене заштите представља озбиљан проблем. Наиме, немогуће је за те сврхе направити машину, а и да је направе, не би била савршена. Зато креатори здравствене економије и здравствене политике морају озбиљно да се запитатају која је то политика финансирања здравственог система која би се безболно прилагодила сталним променама. На пример, зашто Министарство здравља Грчке годинама не може да се избори са највећом стопом фармацеутске потрошње? Зато што се не утиче на дрогерије да на основу своје економске исплативости, приликом аплицирања нових медикамената, оставе довољно простора да их на тржишту могу набавити они који имају потребе за њима. Због тога у Европској унији из дана у дан расте забринутост, а како ствари стоје, још ће интензивније расти.

Министарство здравља Шпаније суочава се са перманентним притисцима представника регионалних здравствених институција, односно корисника здравствених услуга, да се њихов квалитет стави на дневни ред за јавну расправу. Конкретније, све су учесталији захтеви корисника здравствених услуга, слични захтевима у Грчкој, да се и за јавне здравствене установе уведе обавезна акредитација. Администратори поменутих 17 аутономних области (свака регулише односе у оквиру здравственог осигурања), немају намеру да абдицирају када је у питању квалитет здравствених услуга. За коментаре шпанске владе да у актуелним околностима здравствени ресурси не генеришу довољна и стална финансијска средства за покривање здравствених расхода, представници аутономних здравствених институција немају слуха. Њихов приступ том проблему је јасан, занимају их само оне мере чија примена може да унапреди квалитет здравствене заштите.

Литература

1. Наваро Висенте: Криза и класна борба у еврозони, 19. август 2011. (Превод: Владимир Тасић, Rosa Luxemburg Stiftung, Београд, Србија, 4/2011. стр. 1).
2. Савет Европске уније 2010.
3. Светска здравствена организација (СЗО), Комисија за социјалне детерминанте здравља 2008.
4. McKee M, Baeten R, eds, 2008, Patient mobility in the European Union: learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 179–189.
5. De Oliveira G, 2005, Some improvements in the Portuguese medical law. In: Sanderfelt M, ed. Yearbook of European medical law 2005. Lidingo, The Institute of Medical Law: 101–106.

6. McKee M, Mossialos E, Belcher P, 1996, The influence of European law on national health policy, *Journal of European Social Policy* 6(4), 263-286.
7. Mossialos E, 1997, Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, *Health Economics* 6(2) 109-116.
8. „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, 18 : 40).
9. van de Gronden JW, 2009, 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 pp. 5-29.
10. Светска здравствена организација (СЗО) 20076.
11. OECD Health Data 2011, June 2011.
12. Douver N, Светско сиромаштво, (у: Питер Сингер, Увод у етику, издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци – Нови Сад, 2004, стр. 393-407.
13. The Economist, The future of health care in Europe, A report from the Economist Intelligence Unit Sponsored by Janssen, Intelligence Unit Limited 2011, pp. 25.
14. Barendrecht M. et al, 2007, Principles of European law. Service contracts. Munich, Sellier.
15. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos AI, 2008, Assuring the quality of health care in the European Union, A case for action, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, pp. 161.
16. Thomson S, Foubister T, Mossialos E, 2009, Financing health care in the European Union, Challenges and policy responses, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, pp. 178.
17. Baroš P, de Almeida SJ, 2007, Португалија: преглед здравственог система. Здравствени системи у транзицији, 9 (5) :1-140.
18. Vernerо S, Favaretti C, Poletti P, (2004), The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian health care organisations. Victoria, International Society for Quality in Health Care.
19. „Hospital Beds (Per 10,000 Population) 2000-2009“. www.globalhealthfacts.org. (Posećeno: Октобар 23, 2011. 18:32).
20. Fineschi V. et al, 1997, The new Italian Code of Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*, 23 (4) :239-244.
21. Vernerо S, Favaretti C, Poletti P, (2004), The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian health care organisations. Victoria, International Society for Quality in Health Care.
22. „Health Act 2004“. Irish Statute Book. Office of the Attorney General.
23. Statistical Yearbook 2007 – Social Inclusion.
24. World Health Organization (WHO) – Statistical Information System.
25. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, I. Glinos A, 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, pp. 152.
26. Irish Times (1 October 2008) – Ireland 9th in Europe for diabetes care.
27. Tsarouhas D, 2007, ‘European integration and Social Policy: From Institution-Building to Policy Coordination’, in *Bridging the Real Divide: Social and Regional Policy in Turkey’s Accession Process*, ed. by D. Tsarouhas, E. Ertugal and A.I. Aybars, Ankara: METU Press, pp.17-43.
28. Tinios P, 2005, „Pension reform in Greece: 'Reform by WAR' – Blocked Process', *West European Politics* 28 (2): 402-419.
29. „Državni budžet 2011“ www.minfin.gr. 2011. (Posećeno: Новембар 21, 2011, 14:12).
30. Martinez-Garcia E, 2006, Patient safety: The Spanish National Quality Plan. *Health Policy Monitor*, (8)2006 (October).
31. Durán A, Lara JL, van Waveren M, 2006, Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1-208.
32. Requejo TM, 2003, Legal analysis of the Spanish Basic Law 41/2002 on the autonomy of the patient and the rights and obligations with regard to clinical information and documentation. *European Journal of Health Law*, 10(3):257-274.

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