ЗДРАВСТВЕНО-ЕКОНОМСКА ЕВАЛУАЦИЈА У ВРЕМЕНУ КРИЗЕСретен Станојевић¹**HEALTH-ECONOMIC EVALUATION IN CRISE TIME**

Sreten Stanojević

Сажетак

У садашњем турбулентном периоду боримо се за очување и унапређење квалитета здравствене заштите, а суочени смо са све израженијим недостатком средстава. Пошто смо земља у транзицији, што подразумева нестабилност тржишних услова привређивања, није реално, услед таквог следа околности, очекивати значајнији прилив преко потребних страних инвестиција. У условима економске кризе неефикасна привреда не може да обезбеди адекватна средства за потребе здравства, али са друге стране намеће се потреба рационализације пружања здравствених услуга, на тржишним принципима реформисање здравственог система, интегрисаност приватних здравствених установа у постојећи систем здравствене заштите.

Несумњив напредак медицине и технологије, као и проналазак нових и квалитетнијих лекова, готово свакодневно повећавају трошкове дијагностике и лечења, са једне стране, док са друге тај напредак продужава трајање живота, као и сам квалитет живота. Ова Quality-основа или квалитативна основа има своју компаративну вредност и то нарочито код интервенција у вези са различитим обољењима, а посебно је погодна код упоређења интервенција које захтевају дуготрајни поступак у односу на оне супротног карактера, које су самим тим интервенције побољшања квалитета живота. Квалитет живота се може нормирати у

Summary

In the current turbulent period we are fighting for the preservation and implement of health care, and we are faced with growing shortage of funds. Since we are a country in transition, which implies instability of market conditions, it is not realistic due to such a sequence of circumstances, to expect a significant influx of much-needed foreign investment. In times of economic crisis inefficient economy can not provide adequate funding for health care, but on the other hand there is a need to rationalize the provision of health services to the market principles of reforming the health care system, integration of private health facilities in the existing health care system.

Undoubted advances in medicine and technology, as well as finding new and better drugs almost daily increase in the cost of diagnosis and treatment on the one hand, while on the other the progress prolongs survival, as well as the quality of life. The Quality-base or qualitative basis has their comparative, especially in interventions associated with different diseases, and is particularly suitable for comparison of interventions that require lengthy proceedings in relation to those of opposite nature, which therefore interventions to improve quality of life. Quality of life can be standardized to range from 0 to 1, with the under zero meant death, and under the unit perfect health. Unit and dates mathematically speaking Quality equals one year of life in full health.

¹ Mr sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17.

опсегу од 0 до 1, при чему би се под нулом подразумевала смрт, а под јединицом потпуно здравље. Јединично и математички посматран термин *Quality* одговара једној години жувота у потпуном здрављу.

Кључне речи: евалуативна здравствена економија, квалитет живота, носиоци учинка у финансирању.

Key words: *evaluative health economics, quality of life, the holders of the effect of funding.*

УВОД

Финансијске рестрикције и јачање оријентације ка препознатљивим резултатима захтевају све рационалније одлучивање о улагању средстава у здравство. Такво одлучивање је предмет медицинског, етичког и привредног одмеравања.

Зашто говоримо о финансијским рестрикцијама и позитивистичкој оријентацији? Зато што живимо у времену светске економске кризе, која се директно одражава на најрањивији друштвени сектор – здравство. Последице преливања кризе са финансијских на реални сектор у нашој земљи огледају се у недовољним финансијским средствима, повећаном одливу капитала и изостанку преко потребних страних инвестиција. Узрочно-последичном смислу посматрана ова нежељена кретања нам показују да недостатак капитала доводи до раста његове вредности, то даље утиче на ограничење кредитног финансирања, отежану производњу и успоренији економски раст, а такви услови привређивања доводе до околности да финансирање здравства неминовно постаје један од највећих друштвених проблема са неизбежним импликацијама на здравље људи.

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Циљ овог рада је разјашњење проблема у вези са недостајућим материјалним

средствима за унапређење здравствене заштите, са увек присутним макроекономским проблемима, реално заостајање у технолошком погледу, смањење личне потрошње па самим тим и коришћење здравствених услуга. При томе треба имати у виду и да постојећи проблеми не доприносе превазилажењу иновативне инертности и структуралне неприлагођености. То су области за које и у овако тешким временима ваља предложити решење, што ће у овом раду бити случај.

Што се методе рада тиче, даје се предност компаративној, не само што ова метода у научноистраживачком поступку даје најобјективније резултате, него и стога што је за овакву тему рада најцелесходније користити искуства других и сопствена прегнућа и настојања усагласити са већ стеченим сазнањима, која је могуће користити и у нашим условима привређивања.

СТРАТЕШКИ ПРИНЦИПИ

У таквој констелацији односа евалуативна здравствена економија може да допринесе, као важно помоћно средство, већој транспарентности, а такође и да етаблира неопходне правце одлучивања. Методе које стоје на располагању истраживању здравствено-економске евалуације могу да креирају рационалну основу за структурирање алокације ресурса у здравству, као и да допринесу расветљавању вредновања. Методе

економске евалуације су погодне за све медицинске поступке и програме.

Погледаћемо и другу стране медаље, а која нам указује да није спорно да у условима економске кризе неефикасна привреда не може да обезбеди адекватну количину средстава за нормално функционисање здравственог система. Та друга страна нам, такође, говори да је присутна неадекватна рационализација пружања здравствених услуга и рада здравствених установа. Није тешко запазити да ефикаснији начин финансирања мора да прати претходна, на тржишним принципима заснована, реформа система здравствене заштите. Најбоља потврда томе је суштинска неинтегрисаност приватних здравствених установа у постојећи оквир систем примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите. Овome треба додати и неповољну чињеницу да, сагласно Правилнику о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2013. годину (Службени гласник РС 125/12), реч је о идентичном предрачуна средстава као и у претходној години, како за примарну тако и за секундарну и терцијарну здравствену заштиту. Све нам то указује да наш здравствени систем неће моћи у скорашњем периоду да рачуна на значајније промене у материјалној подршци, али да то није разлог за заостајање у неопходном структуралном усаглашавању са тржишним привређивањем.

У таквом контексту треба поздравити капитацију, као мерило радног учинка, у овом тренутку присутно само у примарној здравственој заштити, али са јасном тенденцијом примене и на секундарном и терцијарном нивоу заштите. Уредба о корективном коефицијенту, највећем проценталном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама (Службени гласник РС 100/11) експлицитно садржи

одредбе о фаворизовању радног учинка. Критеријуми су регистрација (која чини 40% укупне оцене) и квалитет здравствене заштите (60% укупне оцене). Овај други критеријум подразумева три поткритеријума: 1) превентива (која учествује са 30% унутар критеријума квалитет); 2) рационалност (вредност лекова) учествује са 20%; 3) ефикасност (број посета) учествује са 10%. За здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу утврђено је да се део плате по основу радног учинка обрачунава на основу обима извршеног рада, као и квалитета обављеног рада у складу са постојећим стандардима. Наша компликована друштвена стварност доноси нам, међутим, неочекиване проблеме. Уставни суд Србије је у својим одлукама о утврђивању усклађености са Уставом и законом одговарајућих правилника о начину обрачуна и исплате зараде запослених у здравственим установама које су увеле радни учинак на основу квалитета и обима обављеног посла, децидирано утврђивао да такви интерни акти нису у сагласности са Уставом и законом, као и да престају да важе даном објављивања у Службеном гласнику. Према ставу Уставног суда управни одбори здравствених установа нису имали овлашћење за доношење предметних правилника, јер Закон о платама у државним органима и јавним службама и Уредба која је донета на основу овог закона, предвиђају да запослени у здравственим установама примају за свој рад плате, а не зараде, што значи да се плате као накнаде за рад запосленима не могу исплаћивати према правилницима, већ искључиво према Закону о платама. Уставни суд оцењује да различити начини обезбеђења средстава за рад не могу представљати основ за различито утврђивање накнада за рад („зарада”). Суд такође налази да никакав акт (инструкција, налог или упутство) Министарства здравља не може представљати ваљани правни основ за доношење правилника којим се уређују начин стицања и расподеле прихода („зарада”).

Ако оваквом децидном ставу Уставног суда Србије додамо негативно мишљење Заштитника права грађана у вези са Допунским радом у здравственим установама, долазимо у ситуацију да је права авантура заживљавање система награђивања у установама које су индиректни корисници буџетских средстава. С тим у вези вреди истаћи да се вредновање резултата рада несумњиво не може регулисати правилником нити неким другим општим актом, али решење постоји. У члану 33 став 1 тачка 10 Закона о раду (Службени гласник РС 24/05, 61/05) утврђено је да уговор о раду садржи: новчани износ основне зараде и ЕЛЕМЕНТЕ за утврђивање РАДНОГ УЧИНКА, накнаде зараде, увећане зараде и друга примања запосленог. Радни учинак је дакле законска категорија, нешто што свака институција треба да има у својим уговорима о раду. Стога је прави пут ка фаворизовању награђивања квалитета рада његово регулисање не на нивоу општег акта, него путем прецизираних уговора о раду.

Све нас то упућује да ми, што због помањкања средстава, али и због неке готово историјске склоности да актуелне проблеме превазилазимо нормативним устројствима, немамо скорашњу намеру да схватимо да је закон само frame-work, а да се суштина активности одвија у беспрекорном функционалном деловању.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КАО ЕЛЕМЕНТ ЕВАЛУАЦИЈЕ

Несумњив напредак медицине и технологије, као и проналазак нових и квалитетнијих лекова, готово свакодневно повећавају трошкове дијагностике и лечења, са једне стране, док са друге тај напредак продужава трајање живота. Са квалитетом живота и животним очекивањем могу се обухватити релевантне димензије здравља (сагледавано кроз перспективу индивидуе). Ова Qualy-основа или квалитативна основа има своју компаративну вредност и то нарочито код интервенција у вези са различитим обољењима, а посебно је по-

годна код упоређења интервенција које захтевају дуготрајни поступак у односу на оне супротног карактера, које су самим тим интервенције побољшања квалитета живота. Квалитет живота се може нормирати у опсегу од 0 до 1, при чему би се под нулом подразумевала смрт, а под јединицом потпуно здравље. Јединично и математички посматран термин qualy одговара једној години жувота у потпуном здрављу. Дакле, један qualy постоји када се на пример са 0,5 вреднованим здравственим стањем проживи преко две године. Qualy можемо изразити путем интеграла функције квалитета живота у датом времену.

$$QUALYs = \int_0^T \frac{LQ(t)}{(1+d)^2} dt$$

Дате величине представљају: T – трајање остатка живота, $LQ(t)$ – квалитет живота у временској тачки t , а d означава дисконтни фактор. Графикон који следи је типичан егземплар који приказује како се крива квалитета живота мења код хроничних болести кроз интервенције. Qualy се исказује као раван испод криве квалитета живота. Qualy-основа је концепцијски затворена, али произилази из неколико ограничених премиса. Таква констелација претпоставља да:

- 1) Добијени qualy је независан од старосне доби пацијента – код младића или пензионера стоје идентичне вредности.
- 2) Процена qualy-користи је независна од персонализације – корист од 0,1 qualy код 100 особа идентична је qualy користи у случају постојања 2,5 qualy-вредности код 4 особе.
- 3) У вредновању квалитета живота специфична здравствена стања нису погодна за вредновање, јер вредновање квалитета живота код неког здравственог стања независно је од трајања, односно дужине тог здравственог стања.

4) Вредновање користи здравственог стања независно је од развојног пута будућег здравља – дакле, такође је, на пример, независан од околности да ли је пацијент повратио потпуно здравље или је остао у ограниченом здравственом стању.

5) Закључно се намеће проблематичним то што још увек не постоји јединствена метода у утврђењу квалитета живота.

Графикон 1. Крива квалитета живота код иновативне технологије наспрам стандардне технологије код хроничних болести.

Упркос уоченој рестриктивности *quality* је доминантна основа у здравствено-економској вредносној анализи. Алтернативне основе као што је *healthy years equivalents* (HYE) или *saved young life equivalents* (SAVE) нису до сада доказали високу примењивост. Нешто слично би се односило код увођења рестриција *quality*-основе – а која би се састојала у избегавању независности од будућих путева квалитета живота или индиферентности према користи квалитета живота у односу на разноликост пацијената. Алтернативне основе су, једноставно речено, високо комплексне, што ограничава улажење у емпиријске студије.

ДИСКОНТОВАЊЕ ВРЕДНОСТИ

Здравствено-економска евалуација захтева веома често дужи временски хоризонт, да би могле релевантно да се сагледају разлике у трошковима и резултатима код упоредивих интервенција. Трошкови и ре-

зултати, који настају у различито време, нису директно упоредиви. Основни узрок томе је инфлација. У циљу њеног превазилажења користи се дисконтовање вредности.

Да би се трошкови у здравствено-економској евалуацији квалитетно дисконтовали, најбоље је користити две премисе:

1. Позитивна временска преференца,
2. Опортуни трошкови капитала.

Како да приближимо израз: позитивна временска преференца? Он означава околност да индивидуални корисници здравствених услуга дају предност садашњем наспрам будућем конзумирању услуга. У чему је смисао оваког опредељења? Управо у томе што конзументи у садашњем периоду имају мању несигурност у односу на неки будући период и потоње реализације. То је врло природна основаност опредељења, која претпоставља да будући период сам по себи не доноси значајније помаке у потенцијалу потрошње, односно квалитета.

Што се тиче опортуних трошкова капитала, узима се у обзир да ће се путем инвестирања у ресурсе конзумног потенцијала у каснијем периоду доћи у ситуацију која доводи до повећања ресурсних улога. При томе је јако важно схватити да су корисници здравствених услуга спремни да се одрекну садашњег конзумирања, у случају постојања околности које указују да може доћи до неке нове вредности, рецимо камате на *capital*, који није одмах потрошен, него сачуван за каснији период. Када се апстрахују трансакциони трошкови, несигурност и порез, долази се до сазнања да је у најчешћем случају изједначена временска преференца са вредностима које доноси камата на *capital*.

Дисконтовање вредности у том случају исказује се путем једначине:

$$C_0 = \frac{1}{(1+d)^n} \times C_n$$

где су C_n трошкови интервенције у n периоду (дакле n године након почетка интервенције), а C_0 као готовинска вредност C_n односе се на базну годину (почетак интервенције) где је дакле вредност C_n у вези са почетком интервенције, а d означава дисконтну рату.

Емпиријске студије показују да временска преференца исказује колебљивост, а насупротив томе су реалне (средњорочне и дугорочне) камате. У самој Немачкој дугорочно орочавање средстава доноси 3-4% приноса по основу камате, с тим што треба навести да је и ризик у вези са улагањем капитала негде око 3%. Такође, треба имати у виду да је раст бруто друштвеног производа на годишњем нивоу око 2%. Стога се у здравствено-економској теорији препоручује претежно дисконт од 3 до 5 процента.

Циљ здравствено-економске евалуације састоји се у специфичном поређењу одређене терапије са могућим алтернативама. Поређење треба да буде засновано на основу комплетног описа начина збрињавања. Постоје ситуације које подразумевају детаљан осврт на уочене недоследности код клинички испитаних алтернатива, али основни смисао се састоји у избору референтне алтернативе.

Извори података за здравствено-економску евалуацију могу се поредити са информацијама које дефинишу одређене алтернативе у поступку конкретне медицинске области, и као информације које упућују на економске последице у вези са датим алтернативама у поступку. Дакле, ови извори података треба да узму у обзир економске, медицинске и епидемиолошке оквирне параметре. Сви, у здравствено-економској евалуацији примењиви извори података морају бити *numerus clausus* описани, њихов избор усаглашен са циљем студије, а перспектива заснована на амбицији исказивања и интерне и екстерне валидности.

Упоредиво квантификовање квалитета датих алтернатива у поступку захтева студију са научним дизајном, односно тако контролисану студију која омогућује лаку проверу извршених испитивања. Толико жељена реалистична оцена потребних трошкова може да буде омеђена прво самом оквирном димензијом студије, а друго неопходан је сагледљив план испитивања. Стога већина клиничких студија има вредносни смисао за краћи период, пошто су индикације често уске и селективне (на пример, сагледавање односа каузалног експлицитета у вези са компликацијама у лечењу и старосне доби). Зато сам временски хоризонт може да обухвати мали период, али има подручја као што су хроничне болести или мере превенције где је временски опсег много већи. У сваком случају период на који се простиру јасно утврђене вредносне категорије условљен је сагледавањима која имају за циљ стално праћење и промене у вези са потребним ефективитетом и квалитетом живота.

Да бисмо дошли у прилику да се користимо оваквим категоријама, код њиховог вредновања треба укључити све релевантне вредносне параметре. Притом се узимају у обзир делотворни подаци из различитих извора који отелотворују успешан модел.

УСКЛАЂИВАЊЕ

У свим западним индустријским земљама здравствени системи суочавају се са проблемом усклађивања финансијских промена поводом растућих медицинских понуда, а са друге стране промена демографских, социјалних и привредних услова. Зато када говоримо о евалуацији вредности здравствених услуга, перманентно имамо у виду да се под тим подразумева усклађивање потреба и реалних могућности.

То усклађивање потреба и реалних могућности подразумева јасно утврђење финансијера и носиоце учинка.

Графикон 2. Финансирање јавног здравља у земљама са развијеном тржишном економијом.

У земљама са развијеном тржишном економијом препознатљив је висок проценат становништва (око 98%) које је покривено обавезним здравственим осигурањем, како у случају потребе за болничким лечењем, тако и за ванболничке здравствене услуге (амбуланте, институти, психотерапија). Грађани дотирају својим доприносима и пореским обавезама касу јавног здравља (на Графикону 2 тачка 1 и 2). Захваљујући систему солидарности у случају болести пружа се читав спектар здравствених услуга (тачка 3). Здравствена активност ван болнице подразумева услуге изабраног лекара, психотерапију, услуге бабице (тачка 4 на Графикону 2). Постоје организоване касе за случај болести и оне закључују уговоре са заступницима даваоца услуга (Лекарска комора, Привредна комора) и настоје да се изборе за добру тарифу услуга (тачка 5 на Графикону 2). Што се тиче самих болничких услуга, оне подразумевају надлежност вишег нивоа (тачка 6 на Графикону 2). Финансирање услуга како у јавним тако и приватним болницама ипак укупљује

претежно касе за случај болести, као и порезе и доприносе (тачка 7 на Графикону 2). При свему томе треба имати у виду интересне нивое запослених у болницама (тачка 8 на Графикону 2).

У нашим условима привређивања сагледаћемо моћ усклађивања коју утврђује Стратегија јавног здравља Србије. У овој Стратегији јавног здравља формулишу се општи и специфични циљеви који у потреби унапређења здравља нагласак стављају на: праћење, евалуацију и анализу здравствених потреба и очекивања заједнице, превенцију и контролу заразних и незаразних болести и повреда, промоцију и подршку здравим стилевима живота, подршку јавно-здравственој политици, развоју и ефикасији људских ресурса у области јавног здравља, успостављање и развој партнерства (између државног, приватног и цивилног сектора), акције које обезбеђују сигурну и здраву животну средину, подршку здрављу у свим животним добрима, акцијама на унапређењу здравственог стања социјално вулнерабилних група, подршку развоју при-

ступачне здравствене заштите. Акциони план за спровођење стратегије не описује укупан спектар активности које се предузимају у области јавног здравља, већ оставља могућност да се, паралелно са имплементацијом стратегије, активности даље развијају, евалуирају и унапређују. Посебно је важно подвући да се активности спроводе према приоритетима и доступности извора финансирања.

ЗАКЉУЧАК

Перманенти проблем са буџетским дефицитом и пратећа немогућност финансирања реалних потреба здравствене заштите као индиректног корисника буџетских средстава усмерава нас ка једино могућем правцу деловања, који је препознатљив у вишем нивоу самофинансирања, организованости на бази тржишног привређивања.

Томе треба додати и одређене додатне трошкове везане за токове савремене цивилизације. Наиме, треба имати у виду да се на нивоу Европске уније рачуна на пројектованих 45% повећања броја лица старијих од 65 година живота у наредних 20 година. Финансирање растућих трошкова здравствене заштите у циљу одржавања и унапређења квалитета живота је околност која заузима централни део пажње. Али задатак здравства има своје препознатљиве одлике у пет циљева: сигурност пацијената, квалитет неге, асортиман неге која се може ставити на располагање, оспособљеност кадра и континуитет неге. Када је реч о безбедности пацијената, савремене технологије често имају потенцијал да смање учесталост грешака, или да уведу аутоматизоване процесе усмерене ка смањењу ризика од повређивања пацијената.

Потребно је имати у виду да сагласно и Међународном пакту о економским, социјалним и културним правима, као и Европској конвенцији за заштиту људских права – здравље је основно људско право неопходно за уживање осталих људских

права, као и да свако људско биће има право на уживање највишег могућег стандарда здравља погодног за достојанствен живот. Европском социјалном повељом чланице Савета Европе су се обавезале да прихватају као циљ своје политике којем теже свим одговарајућим средствима, како националним тако и међународним, постизање услова у којима се ти принципи могу ДЕЛОТВОРНО остварити. Свако има право да користи погодности које му се омогућавају, значи да ужива највиши могући доступни стандард здравља, те да се, у намери да обезбеде ефикасно остваривање права на заштиту здравља, стране уговорнице обавезују да, било саме било у сарадњи са јавним или приватним организацијама, предузму одговарајуће мере, које се огледају и у томе да уклоне у највећој могућој мери узроке лошег здравља, обезбеде саветодавне и образовне погодности за унапређивање здравља и подстицања индивидуалне одговорности по питању здравља, као и да спрече у највећој могућој мери епидемиолошка, ендемска и друга обољења.

Имајући у виду наше услове привређивања поставља се питање оптимизације расположивих средстава у времену кризе. Када имамо ситуацију да је код нас ниво средстава за здравствене намене *per capita* 260 евра, а просечна вредност на нивоу Европске уније 3.248 евра, онда је императивна категорија деловања лако препознатљива: 1) потребна је селективност утрошених средстава и њихово усмерење ка највиталнијим потребама; 2) форсирање васпитно-образовног рада, да би се онемогућило технолошко заостајање; 3) посебна организованост ка раном откривању болести, јер се у циљу смањења трошкова лечења тежиште здравствене заштите мора преbacити на превентивну медицину, односно примарну здравствену заштиту, јер се у постојећој констелацији односа 60% трошкова односи на секундарни и терцијарни ниво заштите, а 40% на примарну заштиту, у ком смислу је више него неопходно да овај

однос буде у обрнутој сразмери; 4) увођење допунског здравственог осигурања које је неопходно из разлога конкурентности, пошто већа конкуренција доприноси јачању тржишне утакмице и смањењу трошкова; 5) уз континуирано вођење рачуна о стручности мора да постоји и вођење рачуна о потрошњи, јер се у пракси неретко инсистира на непотребним анализама; 6) иновације у здравственим програмима, при чему треба имати у виду да је иновациони систем Србије наслеђен из периода самоуправног социјализма са значајним структурним слабљењем током година сан-

кција, приватизације и транзиције, као и да је овај систем раније имао респектабилне капацитете, био како-тако повезан са привредом и остваривао добре резултате у трансферу технологија, а данас постоје две слабости – унутрашња, која се састоји у неразвијености истраживања и на универзитетима и у привреди, а спољна слабост је хроничан мањак тражње за истраживањима, ослањање на увоз технологија и одсуство стратегије „паметне специјализације истраживања”. Испуњење ових услова је *conditio sine qua non progressio*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amelung VE: Perspektive der gesundheitsökonomischen Evaluation. Springer Gabler, Wiesbaden 2011.
2. Graf von der Schulenburg M.: Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation. KG Stuttgart Verlag, Hannover 2009.
3. Nagel E.: Das Gesundheitswesen in Deutschland-Struktur-Leistungen-Weiterentwicklung; Deutscher Ärzte-Verlag, München 2010.
4. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2013. годину (Службени гласник РС 125/12).
5. Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама (Службени гласник РС 100/11).
6. Одлуке Уставног суда Србије IUo-16/08, IUo-68/09, IUo-316/11, објављене у Службеном гласнику РС 7/12, 11/12, 14/12.
7. Стратегија јавног здравља Републике Србије (Службени гласник РС 22/09).
8. OECD Health Division. Health Data 2012 – frequently Requested Data. Paris OECD. www.oecd.org/doc/aidstat: Development aid at a glance, Statistics by region.
9. eHealth for a Healthier Europe – opportunities for a better use of healthcare resources, <http://www.calliope>
10. Scherenberg V: Intention der Gesundheitsoekonomischer Evaluation. Bremen, Hochschule der gesundheitswirtschaft, 2006.

Контакт: Mr sc. iur. Сретен Станојевић, Београд, Пере Тодоровића 12, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17. Тел. 0112667343; 062232624, e-mail: sretenstanojevic@gmail.com