

Zdravstvena politika u novim članicama EU-a: izazovi za Hrvatsku

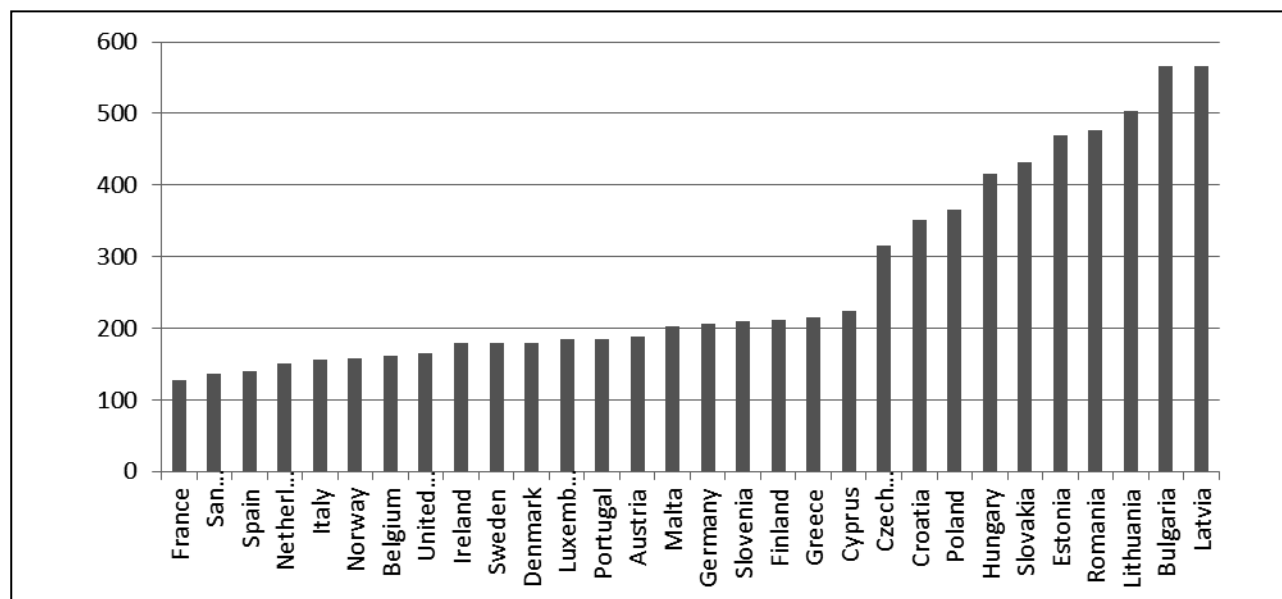
Dagmar Radin

Problemi zdravstvenih sustava i zdravstvenih politika u zemljama članicama Europske unije postali su uočljiviji širenjem europske integracije na srednju i istočnu Europu. Do toga je došlo ne samo zbog raznolikosti zdravstvenih sustava novih članica već i zbog utjecaja samog članstva u EU-u.

Problemi zdravstvenih sustava i zdravstvenih politika u zemljama članicama Europske unije postali su uočljiviji širenjem europskih integracija na srednju i istočnu Europu. Do toga je došlo ne samo zbog raznolikosti zdravstvenih sustava novih članica već i zbog utjecaja samog članstva u EU-u. Premda se ne može govoriti o zajedničkoj zdravstvenoj politici EU-a, valja istaknuti da samo produbljivanje europske integracije u sektorima kao što su poljoprivreda, slobodno kretanje rada i sigurnosti hrane ima značajne implikacije na javno zdravstvo. Slijedom toga postignut je određeni napredak u rješavanju niza prekograničnih zdravstvenih problema, poput mogućnosti slobodnog kretanja liječnika, kao i pitanja naknada koje su pacijenti dužni plaćati kada zatraže zaštitu u drugoj zemlji članici. Ipak, ostaje otvoreno pitanje o tome u kojem će se smjeru razvijati zdravstvena zaštita i zdravstvena politika u EU-u. Naime, u pregovaračkom procesu o članstvu u EU-u ne postoji zasebno poglavlje u vezi s rješavanjem problema sustava zdravstvene skrbi, već su pitanja zdravstvene zaštite samo tangencijalno navedena u ostalim pregovaračkim poglavljima.

Utjecaj Europske unije na nove članice posebno je važan ako se uzme u obzir da se zemlje srednje i istočne Europe suočavaju s problemima u zdravstvu koji nisu u tolikoj mjeri svojstveni starim članicama. Među njima se posebno ističu velike razlike između novih i starih članica u samim razinama zdravlja stanovništva, kao i tradicija sveobuhvatne državne zdravstvene skrbi koja je bila jedno od središnjih obilježja bivših socijalističkih zemalja. Temeljni je stav Europske unije prema zdravstvenoj politici rezultat duge tradicije nesudjelovanja, odnosno jedne

Dagmar Radin izvanredna je profesorica javnih politika na Fakultetu političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu. E-pošta: dradin@fpzg.hr

Slika 1: Mortalitet muškarca / 100,000 uslijed kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija.

vrste pasivnog i reaktivnog angažmana zbog kojega su se pitanja zdravstvene zaštite i zdravstvenih problema prepuštala domaćem tržištu i vladama zemalja članica. Sličan stav prema zdravstvenoj politici proširen je i na nove države članice, s time da je zbog specifičnosti zdravstvenih sustava u novim članicama došlo do niza problema povezanih s kretanjem liječnika i pacijenata. To može dovesti do povećanja socioekonomskih razlika između zemalja članica, što iziskuje potrebu za dodatnom koordinacijom ili integracijom zdravstvene politike. Taj ću proces analizirati na slučaju Hrvatske, zajedno s izazovima s kojima se suočava najmlađa članica Europske unije.

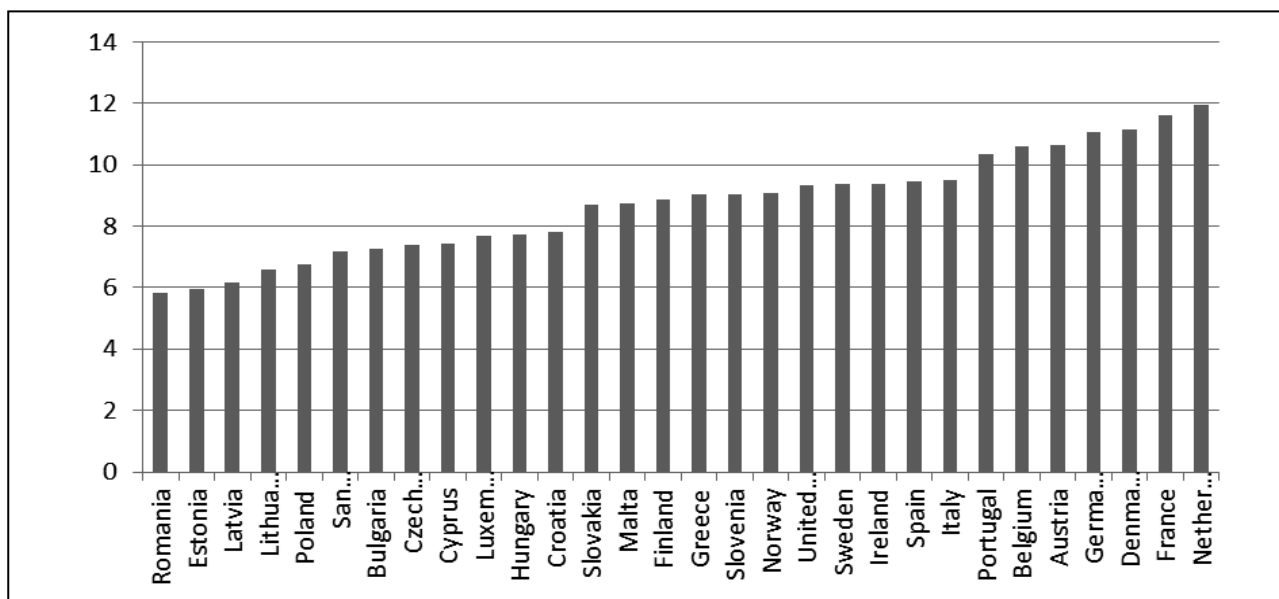
Europeizacija zdravstvene politike

Pod europeizacijom smatramo "proces kojim se donošenje odluka o javnim politikama postupno prenosi na europsku razinu" (Richardson 2012: 5). Prva značajnija akcija usmjerena prema promicanju zdravlja na razini EU-a pokrenuta je 1975. donošenjem *Smjernice liječnika* (Smjernica Vijeća EU 1975) kojom su postavljeni osnovni obrazovni standardi koji se otad primjenjuju u svakoj zemlji. Potpisivanje *Jedinstvenoga europskog akta* 1987. godine, kojim je omogućeno slobodno kretanje kapitala, robe i radnika, pokrenulo je nove trendove u području zdravlja i zdravstvene zaštite. Međutim, valja istaknuti kako sve do 1992. zdravstvena zaštita nije bila dio zakonodavnog okvira EU-a. *Ugovor iz Maastrichta* prvi je dokument u kojem se zdravstvena skrb izrijekom stavlja u domenu odgovornosti država članica, koje su se dogovorile da socijalna i liječnička pomoć trebaju biti izuzete od kontrole institucija EU-a, dok su drugi aspekti socijalne politike podvedeni pod pravila Europske unije o koordinaciji socijalne sigurnosti. Razvijanje svijesti o tome da tržišna integracija ima nesagledive posljedice na razinu zdravstvene zaštite dovelo je do jačanja neofunkcionalne uloge u stvaranju zdravstvenih politika EU-a (Greer 2006; 2009).

U nedostatku europskih zakona koji bi regulirali zdravstvena pitanja, od devedesetih godina dolazi do veće uključenosti Europskog suda u rješavanje problema zdravstvene njege. Premda je Sud prisiljavao zemlje članice da prilagode svoje zdravstvene politike, njegov stvaran utjecaj na zdravstveni sustav ostao je prilično nedorečen (Brooks 2012). Stoga se učinak Europskog suda smatra destabilizirajućim zakonom, tj. zakonom koji podriva postojeće procedure "ukorijenjene" u promatranim organizacijama (Sabela i Simon 2004). U slučaju

Ugovor iz Maastrichta prvi je dokument u kojem se zdravstvena skrb izrijekom stavlja u domenu odgovornosti država članica, koje su se dogovorile da socijalna i liječnička pomoć trebaju biti izuzete od kontrole institucija EU-a, dok su drugi aspekti socijalne politike podvedeni pod pravila Europske unije o koordinaciji socijalne sigurnosti

da se provede, takav zakon obvezuje instituciju na promjene. Ona može odgovoriti promjenom politike koja će biti u skladu sa zakonom, ali isto tako može djelovati i u pravcu neutraliziranja zakona (Greer 2012). Europski je sud tako donio zakon koji se odnosi na pravo dobivanja hitne medicinske skrbi bez ikakva prethodnog odobrenja, gdje je nacionalnim sudovima preo-

Slika 2: Ukupna potrošnja na zdravstvo kao postotak BDP-a

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija.

stalo da prihvate spomenutu odluku kao dio procesa stvaranja i izgradnje novih europskih prava.

Djelovanje Europskog suda stoga dovodi do svojevrsne asimetrije u europskim integracijama. Dok je u Europskoj uniji, s jedne strane, na djelu snažna politika tržišne liberalizacije, odluke Europskog suda stvaraju, s druge strane, pravila koja korigiraju taj proces. Sve to upozorava na činjenicu da je izravni učinak Europskog suda vrlo važan jer dovodi do višeg stupnja pravne integracije između zemalja članica. Na temelju toga McKee i Mossialos (2006) tvrde da do političke i ekonomske integracije dolazi na temelju kumulativnog učinka spomenutih odluka. Odluke Europskog suda stvorile su, dakle, nove vrste nadležnosti u pojedinim javnim politikama. To je dovelo do onoga što se u literaturi označava "puzajućom europskom integracijom", "te je rezultiralo stvaranjem tvrdih zakona, kao što su *Direktive o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvu* i *Direktive o priznavanju stručnih kvalifikacija*" (Greer 2012).

Osim različitih vrsta zakona vezanih uz pravnu stečevinu EU-a, vrlo je važno i postojanje onoga što se naziva mekim pravom (*softlaw*), a u čijem stvaranju sudjeluje čitava mreža organizacija (Greer i Vanhercke 2010; Sabela i Zeitlin 2010). Meko pravo sastoji se od niza neformalnih sporazuma o suradnji, različitih vrsta savjetovanja i pokušaja primjene najbolje prakse te niza dobrovoljnih procesa povezanih s udrugama. Cilj je bolja koordinacija politika zdravstvene skrbi i poboljšanje zdravstvenih ishoda u državama članicama. Neovisno o činjenici što takve mreže i sporazumi još uvijek nisu dio pravne stečevine EU-a i nemaju snagu zakona, čini se da su ipak doveli do pozitivnih rezultata u području javnog zdravstva, stvarajući različita tijela zadužena za otvorenu koordinaciju (OMC) zdravstvenih pitanja. Spomenuta vrsta pravne regulative nudi legitimne službene platforme za zdravlje, na temelju kojih ministri zdravstva raspravljaju o svojim obvezama spram temeljnih

broj 18 - srpanj 2014.

ciljeva zdravstvene politike istaknutima u OMC-u (Greer 2012). Dodatni proizvod takvih mreža bilo je stvaranje *Europske agencije za lijekove* (EMA) te stvaranje trajne mreže *Europskog centra za kontrolu i prevenciju bolesti*.

Imajući na umu spomenute oblike integracije europskog zdravstva, postavlja se pitanje zašto Europska unija u svoju nadležnost nije u potpunosti preuzela pitanje zdravstvenih reformi. Studija koju je 2006. naručila Europska komisija sugerira da je temeljni problem u tome što su ciljevi jedinstvenoga europskog tržišta (*single market*), povezani s reguliranjem sustava zdravstvene zaštite, različiti od ciljeva što ih prilikom reguliranja tog

Jedinstveno tržište zahtijeva prilagodbu zdravstvenih usluga tržišnim pravilima, dok vlade zemalja članica pokušavaju prilagoditi pravila kako bi osigurale učinkovitost pružanja zdravstvenih usluga u okviru socijalnog modela

sustava imaju nacionalne vlade. Jedinstveno tržište zahtijeva prilagodbu zdravstvenih usluga tržišnim pravilima, dok vlade zemalja članica pokušavaju prilagoditi pravila kako bi osigurale učinkovitost pružanja zdravstvenih usluga u okviru socijalnog modela (Busse, Wismar i Berman 2006).

Kakve učinke imaju prethodno opisani procesi na nove zemlje članice, odnosno na Hrvatsku kao najmlađu članicu EU-a? U nastojanju da se istraži učinak ulaska u EU na sustave zdravstvene skrbi zemalja srednje i istočne Europe, važno je

imati na umu sljedeće konstatacije. Prvo, zemlje srednje i istočne Europe suočavaju se s bitno drukčijom vrstom zdravstvenih pokazatelja od starijih članica EU-a. Prosječni životni vijek u EU-15 bio je 2009. 81 godinu, dok je u članicama koje su Uniji pristupile 2004. i 2007. bio 75 godina. Mortalitet djece bio je iste godine u starim članicama (EU-15) 3.6 na 1000 rođene djece, a u

Komunističko nasljeđe u zemljama srednje i istočne Europi ostavilo je specifične posljedice u zdravstvenom sektoru, posebno one u vezi s pitanjima financiranja i upravljanja zdravstvenim uslugama, kao i činjenicu da građani i dalje očekuju da država ima vodeću ulogu u pružanju usluga zdravstvene zaštite

novim članicama 6.0 na 1000 živorođenih (WHO 2013). Razlike u duljini životnog vijeka prvenstveno su posljedica učestalijih bolesti krvožilnog sustava i alkoholizma, koje su povećane u zemljama srednje i istočne Europe (Muller i dr. 2008; Rehm i dr. 2008). *Slika 1* prikazuje mortalitet muških osoba uslijed kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa. Iz navedenih podataka očito je da su stanovnici EU-a iz zemalja srednje i istočne Europe znatnije pogođeni spomenutim bolestima od stanovništva u starim zemljama članicama.

Drugo, komunističko nasljeđe u zemljama srednje i istočne Europi ostavilo je specifične posljedice u zdravstvenom sektoru, posebno one u vezi s pitanjima financiranja i upravljanja zdravstvenim uslugama, kao i činjenicu da građani i dalje očekuju da država ima vodeću ulogu u pružanju usluga zdravstvene zaštite. Zemlje srednje i istočne Europe još uvijek troše razmjerno mali dio sredstava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na ono što čine starije članice EU-a, što stvara sustav zdravstvene zaštite koja je u nemogućnosti pružiti adekvatnu njegu bolesnika. Posljedica je vrlo raširena korupcija i primanje mita medicinskog osoblja, što ima daljnje implikacije na nejednakost stanovništva u tim zemljama. Nove zemlje članice troše u prosjeku sedam posto BDP-a na izdatke za zdravstvo, dok starije članice u prosjeku troše čak 11 posto BDP-a (WHO 2013). Ukupni zdravstveni trošak zemalja srednje i istočne Europe iznosio je 1398 dolara po glavi stanovnika 2011. godine, dok je kod starijih članica iznosio gotovo tri puta više – 3708 dolara po stanovniku (WHO 2013). *Slika 2* prikazuje ukupnu potrošnju zemalja članica EU-a na zdravstvo prema podacima za 2011. godinu. Iz podataka se može vidjeti da nove članice uglavnom troše manje na zdravstvo od starijih članica EU-a. Zanimljivo je napomenuti da su vrijednosti na *Slici 1* uglavnom obrnuto proporcionalne vrijednostima na *Slici 2*, tako da zemlje koje troše više na zdravstvene sustave imaju i manju stopu muškog mortaliteta.

Između novih i starih članica EU-a postoje značajne razlike u sektoru zdravstva, što ima dodatne posljedice na nejednakost u opterećenju bolestima koje pogađaju građane. No, neki od utjecaja koje je članstvo u EU-u imalo na zdravstvene sustave novih zemalja članica bili su i iznimno pozitivni. Riječ je, primjerice, o provedbi novih zakona o pravima pacijenata i povećanoj transparentnosti zdravstvenog sustava. Provedba elektroničkog izdavanja recepata za lijekove pojednostavila je proces te je smanjila troškove i moguće zloporabe. Države članice, potpisnice Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, dužne su uskladiti svoje unutarnje zakone s odredbama spomenute konvencije. Slovačka i Slovenija su nakon ratifikacije Konvencije donijele Zakon o pravima pacijenata, pri čemu je Slovačka bila prva država koja je još 1998. ratificirala tu konvenciju (Nye i sur. 2007). Tu su još tri zemlje članice (Estonija, Mađarska i Litva) za koje je Konvencija imala značajan pozitivan utjecaj i prije nego što su je ratificirale, što znači da je do utjecaja došlo već tijekom pristupnih pregovora. Sve su to primjeri koji pokazuju da je težnja za članstvom u EU-u već tijekom pristupnih pregovora dovela do određenih zdravstvenih probitaka u novim članicama. Štoviše, Haughton ističe da je najplodonosnije razdoblje utjecaja EU-a na države članice bilo upravo tijekom pristupnih pregovora (Haughton 2007). Treba, doduše, napomenuti da ratifikacija spomenute konvencije nije u svim zemljama donijela značajnija poboljšanja u pravima pacijenata u sektoru zdravstva, kao što je to slučaj s Češkom.

Od ostalih područja u sektoru zdravstva koja su bila zahvaćena procesom europeizacije, valja istaknuti mobilnost liječnika i medicinskih sestara, u okviru koje je uspostavljen sustav kriterija za ocjenjivanje kompetencija. Direktiva o priznavanju stručnih kvalifikacija zdravstvenih djelatnika osigurala je pravni temelj za mogućnost njihove mobilnosti unutar EU-a (Mossialos et al. 2010). Doduše, neki istraživači tvrde da povremeni prelazak granice zdravstvenih djelatnika može imati neželjene posljedice zbog ugrožavanja kontinuiteta skrbi (Peeters, McKee i Merkur 2010). Osim toga, uspostavljen je i zajednički sustav reguliranja medicinskih uređaja, kao i već spomenuti sustav prekograničnih prava pacijenata. Potonji je sustav vrlo važan jer se odnosi na situacije kada građani zatraže liječničku skrb kao turisti ili kada rade u drugoj zemlji članici EU-a.

Posljedice ulaska Hrvatske u članstvo EU-a na njezin zdravstveni sustav

Posebno važno pitanje kada je riječ o posljedicama utjecaja članstva u EU-u na zdravstvo odnosi se na negativan trend odljeva liječnika, što je već zabilježeno na primjeru pojačanog odlaska liječnika iz zemalja srednje i istočne Europe u stare zemlje članice EU-a. U tim zemljama novčane naknade liječnicima znatno su više nego u novim članicama, što može dovesti do svojevrstnih neravnoteža i prenapučenosti liječnika u starim članicama (Avergrinos i dr. 2004). Spomenuti trend mogao bi utjecati i na Hrvatsku, premda se još uvijek može samo spekulirati o posljedicama tog procesa na zdravstveni sustav naše zemlje.

No, da bi se što cjelovitije sagledale sve moguće posljedice članstva u EU-u na zdravstveni sustav Hrvatske, važno je upozno-

riti na temeljne trendove u tom sustavu s kojim je naša zemlja ušla u EU. Nakon početnog pada zdravstvenih pokazatelja tijekom devedesetih, što je dijelom bila posljedica ekonomske

Posebno važno pitanje kada je riječ o posljedicama utjecaja članstva u EU-u na zdravstvo odnosi se na negativan trend odljeva liječnika, što je već zabilježeno na primjeru pojačanog odlaska liječnika iz zemalja srednje i istočne Europe u stare zemlje članice EU-a

krize (Davis 2001), Hrvatska je poduzela početne reforme u sektoru zdravstva u cilju rješavanja gorućih problema koji su pogodali zdravstvenu zaštitu, kao što su kontinuirani deficiti, redovi, duge liste čekanja na preglede te brojni problemi povezani s medicinskim osobljem (Orešković 1995; Šarić i Rodwin 1993). Novi ciljevi i akcijske mjere zdravstvene politike bili su definirani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 1993. godine. Tri temeljna područja zdravstvene reforme na koja su se usredotočili kreatori zdravstvene politike bila su financiranje, racionalizacija zdravstvenih usluga i otvaranje mogućnosti za privatne inicijative u sektoru zdravstva (Mastilica i Kušec 2005).

Proračunski deficit u zdravstvenom sektoru bio je jedan od prvih problema koji su rješavani u ranim devedesetima. Financiranje je centralizirano stvaranjem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koji je pokrivaio unaprijed određeni niz zdravstvenih usluga, kao i popis propisanih lijekova (Hebrang 1994). Kako bi se ograničilo korištenje usluga, liječnici primarne zdravstvene zaštite otad s osiguravajućim fondom ugovaraju unaprijed određene usluge. Uvedena je i podjela troškova u obliku participacije za sve usluge i lijekove, s izuzetkom pojedinih skupina kao što su starije osobe i djeca. Uvođenje dobrovoljnog dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i privatnog zdravstvenog osiguranja, predstavljalo je dio liberalizacije u financiranju zdravstva. Mjere za obuzdavanje troškova zdravstvenog sustava, provedene proteklih godina, imale su stanoviti proračunski uspjeh, no nisu ih dobro prihvatili građani i zdravstveni radnici (Mastilica i Kušec 2005). Naime, ukupni rashodi zdravstvene zaštite još uvijek su manji nego u ostalim državama članicama Europske unije. Tijekom 1994. rashodi za zdravstvo u Hrvatskoj po stanovniku bili su 231 dolar, dok je zemlja s najnižom razinom zdravstvene potrošnje u EU-u (Grčka) imala potrošnju od 500 dolara (Mastilica i Chen 1998). Prema podacima iz 2007. iznos zdravstvene potrošnje po stanovniku u Hrvatskoj porastao je na 1,008 dolara, ali je neovisno o tome još uvijek znatno niži nego u većini zemalja članica EU-a. U 2010. Hrvatska je na zdravstvo potrošila osam posto BDP-a, što je znatno niže u odnosu na 11 posto, koliko iznosi prosjek

broj 18 - srpanj 2014.

EU-a (WHO 2013). Hrvatska liječnička zajednica primijetila je negativne posljedice spomenute reforme financiranja zdravstva, s obzirom na to da je praksa rezanja troškova dovela do nižih standarda zdravstvene skrbi, posebno kada je u pitanju preventivna skrb (Mastilica i Kušec 2005; Orešković i dr. 1997).

Drugi cilj zdravstvene reforme postignut je prvenstveno privatizacijom malih ordinacija liječnika opće prakse i ljekarni. Spomenuta vrsta reformi bila je osmišljena kako bi se stvorila veća učinkovitost i odgovornost u sustavu, no istodobno je stvoren i svojevrsan "dvokatni sustav". Riječ je o sustavu u kojemu se razmjerno lako mogu kupiti kvalitetne zdravstvene usluge, a oni koji si to ne mogu priuštiti ovise o javnom zdravstvu. Samim time, nerijetko su izloženi čekanju u dugim redovima, a imaju i poteškoća u dobivanju potrebnih lijekova (Mastilica i Kušec 2005). Reforme su postigle neke od željenih ciljeva, ali su istodobno dovele i do manje poželjnih posljedica za dobrobit onih koji koriste sustav.

Hrvatska se, kao što ističu Kovačić i Sošić (1998), jednako kao i druge europske zemlje suočava s nizom uobičajenih problema u sektoru zdravstvene zaštite, od kontrole zdravstvenih izdataka i povećanja kvalitete zdravstvene skrbi do razvoja različitih segmenata zdravstvenog sektora (npr. preventivni pregledi, akutna skrb i niz drugih problema). Oni su također otkrili da postoje neki specifični problemi povezani s hrvatskim zdravstvom koji zahtijevaju hitne intervencije. Primjeri su kašnjenja u plaćanju i naknade namijenjene bolnicama ili, pak, pokrivenost stanovništva cijepljenjem i bolničkim uslugama. Osim toga, bolnice imaju nedostatke sredstava i medicinske opreme, a zbog niskih osnovnih plaća pojavljuju se problemi povezani s nemotiviranim medicinskim osobljem, korupcijom i dugim redovima u čekanju na zdravstvene usluge (Kovačić i Sošić 1998; Radin i dr. 2011). S obzirom na to da su bolnice uglavnom prepuštene županijskoj razini vlasti, raspoložu različitim opsegom sredstava. Budući da većina problema s kojima se suočava hrvatski zdravstveni sustav uključuje znatnije financijske potpore, kao i veću učinkovitost administracije i upravljanja zdravstvenim uslugama, malo je vjerojatno da će biti riješena samim ulaskom Hrvatske u EU.

U 2010. Hrvatska je na zdravstvo potrošila osam posto BDP-a, što je znatno niže u odnosu na 11 posto, koliko iznosi prosjek EU-a

U svojim istraživanjima, provedenima na temelju 49 polustrukturiranih intervjua s hrvatskim zdravstvenim djelatnicima, predstavnicima udruga koje zastupaju pacijente i drugim stručnjacima u djelatnosti zdravstva, Ostojić, Bilas i Franc otkrili su da postoje pozitivna i negativna očekivanja od članstva Hrvatske u EU-u (Ostojić, Bilas i Franc 2012). Kao trenutne učinke članstva, ispitanici su očekivali bolji protok informacija, porast medicinskog turizma u Hrvatskoj, povećanje kvalitete, priljev sredstava EU-a, ali i povećanu migraciju zdravstvenih djelatnika izvan

Hrvatske te povećane troškove zdravstvenih usluga. Kao dugoročne učinke članstva u EU-u očekivali su usklađenost Hrvat-

Hrvatska se jednako kao i druge europske zemlje suočava s nizom uobičajenih problema u sektoru zdravstvene zaštite, od kontrole zdravstvenih izdataka i povećanja kvalitete zdravstvene skrbi do razvoja različitih segmenata zdravstvenog sektora (npr. preventivni pregledi, akutna skrb i niz drugih problema)

skog zdravstva sa standardima Europske unije, daljnji razvoj zdravstvenog turizma te koncentraciju zdravstvenih djelatnika i institucija u većim gradskim područjima (Ostojić, Bilas i Franc 2012).

Sve to predstavlja glavne izazove daljnjem razvoju zdravstva u Hrvatskoj. Porast troškova predstavlja pritom posebno važan problem, osobito ako se uzme u obzir činjenica da većina hrvatskih pacijenata uglavnom koristi javne zdravstvene ustanove te da zdravstveni sektor ima značajnih problema s financiranjem. Drugim riječima, neposredni učinak pristupanja Uniji na hrvatski zdravstveni sustav bit će diferenciran, s time da će neki od očekivanih pozitivnih učinaka biti odraz općenite ekonomske uspješnosti Hrvatske i EU-a kao cjeline.

Literatura

- Allin S., Davaki K. i Mossialos E. (2006). *Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe: Global corruption report 2006*. Berlin: Transparency International.
- Avergrinos, E. D., Koupidis, S. A. i Filippou, D. K. (2004). Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems. *Health Policy*. 69: 403–408.
- Brooks, E. (2012). Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. *Health Policy*. 105: 33–37.
- Caporaso, J. (2007). The Three Worlds of Integration Theory. U: Graziano, P. (ur.). *Europeanization: New Research Agendas*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, str. 23–34.
- Cucic, S. (2000). European Union health policy and its implications for national convergence. *International Journal of Quality in Health Care*. 12 (3): 217–225.
- Davis, C. (2001). Reforms and Performance of the Medical Systems in the Transition States of the Former Soviet Union and Eastern Europe. *International Social Security Review*. 54: 7–56.
- Greer, S. (2012). Polity-making without Policy-making: Europe-

- an Union Health care Services Policy. U: Richardson, J. (ur.). *Constructing a Policy-Making State? Policy Dynamics in the EU*. Oxford: Oxford University Press, str. 270–291.
- Greer, S. (2011). On thin ice: EU health policy and politics. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*. 4 (2): 136–143.
- Greer, S. (2011). The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in European Union health care policy. *Regulation and Governance*. 5: 187–203.
- Haughton, T. (2007). When Does the EU Make a Difference? Conditionality and the Accession Process in Central and Eastern Europe. *Political Studies Review*. 5: 233–246.
- Hebrang, A. (1994). A Reorganization of the Croatian Health Care System. *Croatian Medical Journal*. 35: 130–36.
- Kornai, J. (2000). Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary, Paper presented at the Festschrift in honor of George Soros, Harvard University and Collegium Budapest. <http://colbud.hu/honesty-trust/kornai/pub01.PDF> (pristupljeno 26. lipnja 2014.)
- Kornai, J. (2001). The Borderline Between the Spheres of Authority of the Citizen and the State: Recommendations for the Hungarian Health Reform. U: Kornai, J., Haggard, S. i Kaufman, R. R. (ur.). *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kornai, J. i Eggleston, K. (2001). *Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kovačić, L. i Sošić, Z. (1998). Organization of Health Care in Croatia: Needs and Priorities. *Croatian Medical Journal*. 39 (3): 499–502.
- Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Gray, A., Petersen, S. i Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*. 27: 1610–1619.
- Lorcu, F. i Acar Bolat, B. (2012). Comparison Member and Candidate Countries to the European Union by Means of Main Health Indicators. *China-USA Business Review*. 11 (4): 556–563.
- Lotspeich, R. (2003). Crime and Corruption in Transitional Economies: Lessons for Cuba. *Policy Reforms*. 6: 71–87.
- Mastilica, M. i Kušec, S. (2005). Croatian healthcare system in transition, from the perspective of users. *British Medical Journal*. 331: 223–226.
- Muller-Nordhorn, J., Binting S., Roll S. i Willich, S. N. (2008). An Update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *European Heart Journal*. 29: 1316–1326.
- Nys, H., Stultiens, L., Borry, P., Goffin, T. i Dierickx, K. (2007). Patient rights in EU Member States after the ratification of the Convention on Human Rights and Biomedicine. *Health Policy*. 83: 223–235.
- Oleszczyk, M., Svab, I., Seifert, B., Krzton-Krolewiecka, A. i Windak, A. (2012). *Family Practice*. 13 (15) doi: 10.1186/1471-2296-13-15.
- Orešković, S., Kuzman, M., Budak, A., Vrčić-Keglević, M. i Ivanković, D. (1997). Doctor in the house: trends in GPs home visiting in Croatia 1990-1995 compared to current trends in USA and UK. *Collegium Antropologicum*. 21: 565–608.

- Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012). Implications of the Accession of the Republic of Croatia to the European Union for Croatian Health Care System. *Collegium Antropologicum*. 38 (3): 717–727.
- Peeters, M., McKee, M. i Merkur, S. (2010). EY law and health professionals. U: Mossialos, E., Permanand, G., Baeten, R. i Herbey, T. (ur.). *Health Systems Governance in Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 589–634.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J. i Zatonski, W. (2007). Comparing Alcohol Consumption in Central and Eastern Europe to other European Countries. *Alcohol & Alcoholism*. 1–9.
- Radaelli, C. M. (2003). The Europeanization of Public Policy. U: Featherstone, K. i Radaelli, C. M. (ur.). *The Politics of Europeanization*. Oxford: Oxford University Press, str. 27–56.
- Radin, D. (2009). Too Ill to Find the Cure? Corruption, Institutions, and Health Care Sector Performance in the New Democracies of Central and Eastern Europe. *East European Politics and Societies*. 23 (1): 105–125.
- Radin, D., Džakula, A. i Benković, V. (2011). Health Care Issues in Croatian Elections 2005-2010: Series of Public Opinion Surveys. *Croatian Medical Journal*. 52: 585–592.
- Rehm, J., Sulkowska, U., Manczuk, M., Boffetta, P., Powles, J., Popova, S. i Zatonski, W. (2007). Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in Central and Eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*. 36 (2): 458–467.
- Richardson, J. (2012). Supranational State Building in the European Union. U: Richardson, J. (ur.). *Constructing a Policy-Making State? Policy Dynamics in the EU*. Oxford: Oxford University Press, str. 3–28.
- Šarić, M. i Rodwin, V. (1993). The once and future health systems in the former Yugoslavia: myths and realities. *Journal of Public Health Policy*. 14: 220–237.
- World Health Organization Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx> (pristupljeno 5. ožujka 2013.) ■