

*Др Јасмина Лабудовић Станковић, редовни професор
Правног факултета Универзитета у Крагујевцу*

УДК: 614:368

DOI: 10.46793/XXIV-13.287LS

УПРАВЉАНА КОНКУРЕНЦИЈА НА ТРЖИШТУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ*

Резиме

Рад је посвећен моделу тзв. управљане конкуренције на тржишту здравствене заштите. Повод за настанак овог модела конкуренције на поменутом тржишту је неопходност смањења високих трошкова који оптерећују многе државе. Иако се од овог модела много очекивало, ефекти нису у складу са очекивањима. Појавили су се додатни трошкови и друге мањкавости. Тржиште здравствене заштите је врло специфично тржиште које се не може поистоветити са другим тржиштима роба и услуга. Зато, „тржиште не би смело да контролише право на живот, односно приступ здравственим услугама.“

Кључне речи: *тржиште здравствене заштите, управљана конкуренција, недостаци тржишта.*

1. Увод

Тржиште здравствене заштите представља врло комплексно, динамично и специфично тржиште. Реч је о тржишту здравствених услуга, врло посебних услуга које некада морају бити брзе, тј. хитне и правовремене јер од њих може зависити људски живот. У неким случајевима исте болести захтевају другачије лечење и интервенције јер је сваки људски организам другачији.

Начин финансирања здравственог система је једно у низу врло значајних питања сваке државе. Високи трошкови финансирања здравствене заштите оптерећују многе владе.¹ Ако држава финансира здравствено осигурање и

* Рад је написан у оквиру Програма истраживања Правног факултета Универзитета у Крагујевцу за 2022. годину који се финансира из средстава Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије.

¹ У неким државама су трошкови здравствене заштите толико високи да, по величини, иду одмах иза трошкова одбране и образовања, као на пример, у САД-у. Велики трошкови потицали су и од субвенција које је држава давала за све грађане, како за

пружа услуге здравствене заштите, користи порезе (као облик јавних прихода) и то за изградњу болница, запошљавање радника и снабдевање лековима, а услуге пацијентима би биле бесплатне.² Наравно, важну улогу у финансирању здравствене заштите има и обавезно социјално осигурање које функционише на основу уплате доприноса.

Због високих трошкова здравствене заштите који константно расту, велики је изазов створити ефикасан здравствени систем који би имао ниже трошкове и бољи квалитет здравствених услуга. Антипод систему здравствене заштите у државним рукама, био би систем здравствене заштите у приватним рукама. Међутим, то је само теоријско становиште јер у пракси тако нешто не постоји. Углавном постоје такви здравствени системи који су, по обележјима, између претходно поменутих. У сваком здравственом систему учествује држава, а приватни сектор више или мање. То би значило да држава финансира здравствени систем, али да неке услуге плаћају и пацијенти, затим да постоје и државне и приватне болнице као пружаоци услуга здравствене заштите, да поред обавезног здравственог осигурања постоји и добровољно приватно осигурање и сл. Постоје врло различите варијанте.³

У тражењу одговора на питање како смањити високе трошкове здравствене заштите који константно расту⁴ и увећати ефикасност, многе државе су приступиле трансформацији система здравствене заштите и увођењу тзв. управљане (регулисане) конкуренције (*Managed Competition*) уместо административног регулисања.⁵ Зато су многи национални здравствени системи током 80-их и почетком 90-их година XX века доживели трансформацију. Од интегрисаног система државног финансирања прешло се

богате грађане тако и оне који су сиромашни. Испоставило се да држава субвенционира више оне који су богатији (Стиглиц, Ц., *Економија јавног сектора*, Београд, 2008, стр. 332-333).

² Остојић, С., *Осигурање и управљање ризицима*, Београд, 2007, стр. 288.

³ О различитим врстама здравствених система: Лабудовић Станковић, Ј., *Несавршености тржишта здравствене заштите*, Зборник радова: Садашњост и будућност услужног права, Крагујевац, 2022, стр. 621-624 и Остојић, С., *нав. дело*, стр. 288-230.

⁴ На пример, 1977. године трошкови здравствене заштите су у САД износили око 160 милијарди долара што је 4 пута више него 1965. Временом су се трошкови и даље увећавали. Тако у САД-у, 2000. трошкови су износили су 1,4 трилиона долара, док су 2009. износили 2,8 трилиона долара, а процене су биле да су у 2018. чинили 18,9% БДП-а САД-а. У литератури се поставило питање: да ли ови високи трошкови медицинске заштите заиста доприносе да становништво буде здравије? (Bernell, S., *Health Economics - Core Concepts and Essential Tools*, Arlington, 2016, p. 36).

⁵ Здравствена заштита се дуго доживљавала, не као роба, већ право на које не могу деловати тржишне силе. Alain C. Enthoven је сматрао да би управљана конкуренција (*Managed Competition*) допринела већој ефикасности без угрожавања правичности и солидарности.

на конкуренцију⁶, тј. конкурентно уговарање здравствене заштите у многим државама.⁷ У основи оваквог заокрета је жеља за већом ефикасношћу, смањењем трошкова, повећањем задовољства корисника услуга и пружаоца услуга, али и побољшање квалитета здравствене заштите. Међу првим државама која је увела модел тзв. управљане конкуренције је Велика Британија.⁸ Смањење трошкова и уштеде које доноси поменути модел је оно што интересује и друге земље и што их је определило да крену стопама Велике Британије. Практично, на овај начин требало је да дође до растерећења државног буџета и пребацивања трошкова здравствене заштите на сваког појединца.

2. Управљана конкуренција

Концепт управљане конкуренције се односи на увођење (или јачање) тржишних механизма од стране јавних или приватних спонзора здравственог осигурања са циљем боље контроле расхода.⁹ Конкуренција о којој говоримо

⁶ Велике су дилеме у погледу облика тржишне структуре на тржишту здравствене заштите. Мишљења су подељена (Goddard, M., *Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly?*, International Journal of Health Policy and Management, 2015, Vol. 4, Issue 9, p. 567). Нарочита пажња се поклања конкуренцији. Према неким мишљењима, већа конкуренција може значити и нижи квалитет уз непромењене (фиксне) цене (Katz, M., *Provider competition and healthcare quality: More bang for the buck?*, International Journal of Industrial Organization, Vol 31, Issue 5, 2013, p. 612).

⁷ Light, D., *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience*, The Milbank Quarterly, Vol 75, No 3/1997, p. 297.

⁸ У Европи је 80-их година XX века идеје тржишног пословања, приватизације и либерализације увелико заговарала премијерка Велике Британије, Маргарет Тачер, па не изненађује што је у Великој Британији међу првима уведен модел регулисане конкуренције. Ентховен, амерички економиста, који је осмислио модел управљане конкуренције и написао бројне чланке на ту тему, утицао је да тај његов модел буде прихваћен у Великој Британији, а затим и у другим европским државама.

⁹ Старење становништва је општа карактеристика савременог друштва. На свим континентима је забележен овакав тренд услед бољих услова живота. Ипак, независно од тога што за појединца продужење животног века јесте добра ствар (могућност да буде са својим вољенима, да ужива у животу итд.), све старија популација представља проблем за државни буџет због недовољних средстава за финансирање пензија са једне стране, а са друге стране значи и веће трошкове за здравствени систем. У неким случајевима и у неким државама приуштити адекватну здравствену заштиту је прави луксуз који није доступан свима, већ само једном врло малом кругу људи због екстремно високих цена здравствених услуга и прихваћене конкуренције на тржишту здравствене заштите. Смањење трошкова захтева неколико важних мера: јачање превентиве, развој напредних технологија како би се смањили трошкови рада и опреме, коришћење нових технологија за прецизнију дијагнозу, елиминисање непотребних

на тржишту здравствене заштите односи се како на тржиште здравственог осигурања, тако и на тржиште пружалаца услуга здравствене заштите. Супротно конкуренцији, здравствена заштита може функционисати и на неекономским принципима ако је обезбеђује само држава.

Пре него што кренемо даље, нужно би било рећи да се потпуна (савршена) конкуренција у економији односи на такмичење великог броја привредних субјеката који продају производе који су потпуно идентични. Овај облик тржишне структуре претпоставља учешће великог броја продаваца, али и великог броја купаца. Наравно, присутна су и друга обележја – слободан улазак на тржиште и излазак са тржишта, деловање закона понуде и тражње, слободно формирање цена, потпуна информисаност тржишних учесника, дељивост производње, маргинално правило.¹⁰ Међутим, економија не познаје појам управљане или контролисане конкуренције. Познаје мешовите привреде које функционишу по тржишним принципима, с тим да несавршености отклања држава.

За разлику од управљане конкуренције, административни интегрисани здравствени систем подразумева да корисници услуга унапред плаћају трошкове здравственог система¹¹ и на тај начин расподељују трошкове лечења на целокупну заједницу, тј. на све оне који такође унапред плаћају трошкове здравственог система (тзв. заједница ризика). У овом случају долази до „распршивања“ ризика на целу популацију, уместо да у моменту када се појави потреба за лечењем трошкови тог лечења падну на терет само тог појединца. У овом систему појединац, у случају потребе, користи формиране колективне фондове за здравствену заштиту. Плаћање за услуге здравствене заштите и пружање здравствене заштите нису одвојени. У основи таквог система стоји држава.

Појам управљане или регулисане конкуренције на тржишту здравствене заштите први је развио *Alain C. Enthoven*, професор на Универзитету Станфорд.¹² Он је предложио читаву стратегију реформе здравственог система. Његова идеја била је, поред осталог, да се уведе универзално обавезно здравствено осигурање за оне који нису покривени програмима *Medicare* и

медицинских услуга (Poon, C., Zhang, Y.T., *Perspectives on High Technologies for Low-Cost Healthcare*, IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine, 2008, p. 42).

¹⁰ Лабудовић Станковић Ј., *Економија за правнике*, Крагујевац, 2022, стр. 150-151.

¹¹ Остојић, С., *нав. дело*, стр. 288.

¹² Видети: Enthoven, A. C., *Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance*, New England Journal of Medicine, 1978, 298 (12), p. 650-658; Enthoven, A. C., *Consumer-Choice Health Plan (second of two parts); a national-health insurance proposal based on regulated competition in the private sector*, New England Journal of Medicine, 1978, 298 (13), p. 709-720.

*Medicaid*¹³ у САД-у како би та лица уживала одређени степен здравствене заштите. То здравствено осигурање купили би највећи послодавци и Управа за финансирање здравствене заштите (*the Health Care Financing Administration*). Како трошкови здравствене заштите значајно оптерећују јавне финансије, чему доприноси директно регулисање које увећава трошкове и успорава иновације, *Enthoven* је предложио да влада промени финансијске подстицаје стварањем система конкурентних здравствених планова где би и лекари и пацијенти, према његовом мишљењу, имали користи од ефикасног коришћења ресурса.¹⁴ Сматрао је да високи трошкови болница, накнада за лекаре и осталима укљученим у пружање здравствене заштите, изазивају инфлаторне ефекте и да то штети привреди. Био је става да је систем здравствене заштите неправедан јер држава више субвенционира здравствено осигурање најбогатијих, а не оних са ниским примањима, што је био још један од аргумената да је државна регулација неефикасна.

Ентховен се залагао за што ефикаснију и квалитетнију здравствену заштиту. Ипак, свестан је био да ће се на удару наћи радници са ниским платама који неће бити у могућности да приуште здравствено осигурање.¹⁵

Под утицајем идеја Ентховена, долази до реформе здравствених система широм Европе. Ове реформе крајем 80-их година XX века у северној Европи утицале су и на реформе здравствених система и у земљама јужне Европе – Италији, Шпанији, Португалији и Грчкој. Успех ове реформе био је само делимичан у Италији и Шпанији, а готово никакав у Португалији и Грчкој. Поменуто земље као узор су пре свега имале Велику Британију.¹⁶ Белгија, Холандија, Немачка, Израел, такође су неке од земаља које су увеле управљану конкуренцију.

Управљана конкуренција у здравству се дефинише као куповна стратегија како би корисници услуга (пацијенти), али и послодавци, као спонзори здравствених планова, остварили максималну корист. У основи ова

¹³ *Medicare* је програм здравственог осигурања који обухвата особе старије од 65 година, инвалиде независно од старости и оне који су на дијализи. На терет државе пада само део трошкова здравствене заштите за ове категорије пацијената. У зависности од ситуације и конкретне болести, део трошкова носе и пацијенти. Програм *Medicaid* обухвата здравствено осигурање породица са малолетном децом и осигурање одређених особа које имају довољно средстава за основне животне потребе, али не и за медицинску помоћ. И у оквиру овог програма држава покрива само део трошкова и то од 50% до 79%, зависно од прихода пацијената (Vaughan, E., Vaughan, T., *Osnove osiguranja - upravljanje rizicima*, Zagreb, 2000, стр. 305-310).

¹⁴ Enthoven, A. C., *Consumer-Choice Health Plan (second of two parts)*..., стр. 709.

¹⁵ Enthoven, A, Kronick, R., *A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy* (2), *New England Journal of Medicine*, 1989, 320 (2), p. 94-101.

¹⁶ Cabiedes, L., Guillén, A., *Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe*, *Social Science & Medicine*, Vol. 52, Issue 8, 2001, p. 1205-1217.

конкуренција почива на правилима конкуренције која су произашла из микроекономских принципа. Спонзор (било послодавац, државни орган), који наступа у име велике групе претплатника, структурира и креира тржиште. Спонзор успоставља правила правичности, бира планове здравствене заштите, управља процесом укључивања у здравствено осигурање, креира ценовно еластичну потражњу.¹⁷ Конкуренција се одвија и на тржишту здравственог осигурања међу осигуравачима, али и на тржишту пружалаца услуга здравствене заштите (међу државним и приватним болницама). Управљана конкуренција је ценовна конкуренција. У суштини, овај модел система здравствене заштите је тржишни модел који почива на тржишним правилима, независно што подразумева и неке основне или минималне облике здравствене заштите.

Код оваквог облика конкуренције, држава је и даље присутна и највише финансира здравствену заштиту, с тим да је све веће учешће приватног сектора. Британски национални здравствени систем доминантно финансира држава, с тим да један део трошкова носе појединци. Са реформом, приватни сектор све више заузима место у здравственом систему. Важно је поменути да је одвојено плаћање од пружања услуга.¹⁸ Модел управљане конкуренције подразумева више приватног добровољног и приватног обавезног здравственог осигурања које плаћају појединци. Одвојено плаћање за услуге од пружања услуга значи све веће учешће приватних здравствених установа и фондова у здравственом систему, независно од тога што је држава стајала иза националног здравственог система Велике Британије.¹⁹ Ипак, притисак да конкуренција узме значајније учешће, имао је за резултат политичко одбијање веће конкуренције. Већа улога тржишта значила би да многи пацијенти не би добили здравствену заштиту. Зато су Шкотска, Северна Ирска и Велс одбацили овај концепт, али је он поново уведен 2000. године.²⁰

Познато је да тржиште здравственог осигурања и здравствене заштите нису природно конкурентна тржишта. Као резултат њихове активности настају бројне несавршености и неефикасности. Међутим, Ентховен је сматрао да такви проблеми могу бити решени увођењем управљане конкуренције.²¹

¹⁷ Enthoven, A., *The History and Principles of Managed Competition*, Health Affairs, Vol 12, No 1, 1993, p. 25.

¹⁸ Остојић, С., *нав. дело*, стр. 289.

¹⁹ Исто.

²⁰ Propper, C., *Competition in Health Care: lessons from the English experience*, Health Economics, Policy and Law, Vol. 13, 2018, стр. 506.

²¹ Enthoven, A., *Managed competition of alternative delivery systems*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 1988, 13 (2), p. 305-321.

3. Претпоставке модела управљане конкуренције

У литератури се наводе следеће основне претпоставке модела управљане конкуренције на тржишту здравствене заштите: слободан избор осигуравача од стране корисника услуга, информације за потрошаче и тржишна транспарентност, купци и продавци који носе ризик, конкурентно тржиште, слобода уговарања и интегрисања, регулатива ефективне конкуренције, решавање проблема тзв. „бесплатног јахача“, надзор квалитета услуга и гарантовани приступ за основну здравствену заштиту.²²

Већина претходно поменутих претпоставки нужна је за постојање конкуренције и ефикасности.²³ Тако, јасно је да на конкурентном тржишту мора постојати слободан избор корисника услуга (у овом случају здравствене заштите), да учесници морају бити информисани о свим релевантним чињеницама (о ценама услуга, квалитету услуга и другим релевантним чињеницама које се тичу производа осигурања, али и информација о пружаоцима услуга, о лековима и сл). Такође, модел управљане конкуренције почива и на претпоставци да постоји конкуренција и на тржишту осигуравача, али и пружалаца услуга. У духу конкуренције, не би требало да постоје препреке за улазак на тржиште и излазак са тржишта. Слобода уговарања и интегрисања подразумева да и пружаоци услуга и осигураваачи имају слободу у погледу уговарања и преговарања о садржини уговора, и то о цени, квалитету, капацитетима, услугама, али и о томе како смањити трошкове.²⁴ Да би се одржала конкуренција, на тржишту здравствене заштите не би требало дозволити спајања, картеле и злоупотребу доминантног положаја. Надзор над квалитетом услуга је нешто што се претпоставља како би се спречиле злоупотребе, низак квалитет услуга и сл.

Како би се омогућила доступност услуга здравствене заштите, важно је да постоји и уједначавање ризика осигураника, јер ако то не би постојало, премија осигурања на слободном тржишту би се плаћања директно према величини ризика, што би значило да високоризичне категорије пацијената не би могле да приуште осигурање нити да добију здравствену заштиту.²⁵

²² Van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, Schut, E., Shmueli, A., Wasem, J., *Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?*, Health Policy, Vol. 109, No. 3/2013, p. 227.

²³ Општи предуслови нужни за ефикасно функционисање било ког тржишта су ефикасан и независан судски систем, искорењена корупција, загарантована имовинска права, ефикасан порески систем, солвентан банкарски систем итд.

²⁴ Van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, Schut, E., Shmueli, A., Wasem, J., *нав. чланак*, стр. 229.

²⁵ Исто.

Један од проблема који се наводи у литератури је проблем тзв. бесплатног јахача који је препрека ефикасном тржишту. Они који не желе да плате и учествују у заједници ризика, повећавају издатке оних који желе да плате да би добили одговарајуће осигурање и здравствену заштиту. Програм управљане конкуренције подразумева и да појединац има гарантовани приступ основној здравственој заштити. Овакве гаранције могу дати влада, осигуравачи, послодавци или нека трећа страна.²⁶

Ретко у којој земљи, која се определила за управљану конкуренцију на тржишту здравствене заштите, су испуњени сви ови претходно набројани предуслови за управљану конкуренцију. Пре се може говорити о земљама у којима су испуњени само неки од ових предуслова. Како је концепт управљане (регулисане) конкуренције врло комплексан, у литератури се истиче да успех овог модела захтева дугорочне инвестиције.²⁷

4. Недостаци тржишта управљане конкуренције

Иако је од ње много очекивано, управљана конкуренција је показала неке недостатке. Она изазива додатне трошкове, неефикасности, поремећаје на тржишту, оскудност добре тржишне информисаности. Ипак, најважнији недостатак односи се на чињеницу да ће они пацијенти који немају довољно средстава бити ускраћени за адекватну медицинску заштиту, посебно када њихово здравствено стање захтева озбиљнију медицинску интервенцију и лечење.

Такође, конкуренција може ослободити силе које ће деловати дестабилизујуће и изазвати негативне последице на тржишту (банкротства болница и сл.).²⁸ Стога је британска влада строго контролисала тржиште и конкуренцију, што би се могло назвати „диктирана конкуренција“ – појам контрадикторан у економији, али не и у политици. Политички диктирана конкуренција значи да је конкуренција сведена на минимум.²⁹ Конкуренција је у почетку примене водила већој контроли него што је то захтевао администрирани систем.³⁰ Заправо, претворила се у своју супротност. Појавила се и нелојална конкуренција између националног здравственог система и приватних осигуравача који су смањили обим покрића и бирали оне осигуранике који су здравији, што је значило и мање укупне трошкове. Супротно томе, трошкови су само расли у оквиру националног здравственог система у коме су остали ризичнији пацијенти који су имали пуно покриће.

Из чисто економског угла посматрано, конкурентно тржиште је оно где мноштво купаца и продаваца улазе у међусобни однос, где се сучељава тражња

²⁶ Исто, стр. 232.

²⁷ Исто, стр. 244.

²⁸ Light D., *нав. чланак*, стр. 315.

²⁹ Исто.

³⁰ Исто, стр. 317.

и понуда, а уколико је реч о савршеном тржишту, биће максимизирано задовољство и купаца и продаваца. У реалности је другачије. Тржиште има много несавршености, а нарочито тржиште здравствене заштите. Стога тржиште здравствене заштите мора бити строго регулисано тржиште.

Заговорници тржишних правила у систему здравствене заштите суочавају се са проблемом несклада између тржишних законитости, медицинских стандарда и протокола и ограничених ресурса са једне стране и стално растућих потреба популације за здравственом заштитом са друге стране.

Концепт конкурентног тржишта здравствене заштите заговарају нарочито развијене земље које ширу улогу државе у привреди, па и на тржишту здравствене заштите, доживљавају као претњу либералној привреди.³¹

5. Закључак

Независно од неких позитивних обележја која карактеришу тржишну конкуренцију, сматрамо да она ипак није добро дошла на тржишту здравствене заштите јер је реч о специфичном тржишту које се не може уподобити другим тржиштима роба и услуга. Суштина лежи у томе да „тржиште не би смело да контролише право на живот, односно приступ здравственим услугама.“³²

*Jasmina Labudović Stanković, Ph.D., Full-time Professor
Faculty of Law, University of Kragujevac*

MANAGED COMPETITION IN THE HEALTHCARE MARKET

Summary

The work is dedicated to the so-called model managed competition in the healthcare market. The reason for the creation of this model is the necessity to reduce the high costs burdening many states. Although much was expected from managed competition, the effects did not match to expectations. Additional costs and other shortcomings appeared. The healthcare market is a very specific market that cannot be compared with other markets of goods and of services. Therefore, "the market should not control the right to life, that is, access to health services."

Key words: *health care market, managed competition, market failures.*

³¹ Стиглић, Ц., *нав. дело*, стр. 329.

³² Остојић, С., *нав. дело*, стр. 301.

Литература

- Bernell, S., *Health Economics - Core Concepts and Essential Tools*, Arlington, 2016.
- Vaughan, E., Vaughan, T., *Osnove osiguranja - upravljanje rizicima*, Zagreb, 2000.
- Van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, Schut, E., Shmueli, A., Wasem, J., *Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?*, Health Policy, Vol. 109, No. 3/2013.
- Goddard, M., *Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly?*, International Journal of Health Policy and Management, 2015, Vol. 4, Issue 9.
- Enthoven A.C., *Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance*, New England Journal of Medicine, 1978, 298 (12).
- Enthoven A.C., *Consumer-Choice Health Plan (second of two parts); a national-health insurance proposal based on regulated competition in the private sector*, New England Journal of Medicine, 1978, 298 (13).
- Enthoven A., *Managed competition of alternative delivery systems*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 1988, 13 (2).
- Enthoven, A., *The History and Principles of Managed Competition*, Health Affairs, Vol 12, No 1/1993.
- Enthoven A, Kronick R., *A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (2)*, New England Journal of Medicine, 1989, 320 (2).
- Cabiedes, L., Guillén, A., *Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe*, Social Science & Medicine, Vol. 52, Issue 8, 2001.
- Katz, M., *Provider competition and healthcare quality: More bang for the buck?*, International Journal of Industrial Organization, Vol 31, Issue 5, 2013.
- Лабудовић Станковић, Ј., *Економија за правнике*, Крагујевац, 2022.
- Лабудовић Станковић, Ј., *Несавршености тржишта здравствене заштите*, Зборник радова: Садашњост и будућност услужног права, Крагујевац, 2022.
- Light, D., *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience*, The Milbank Quarterly, Vol. 75, No. 3/1997.
- Остојић, С., *Осигурање и управљање ризицима*, Београд, 2007.
- Poon, C., Zhang, Y.T., *Perspectives on High Technologies for Low-Cost Healthcare*, IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine, 2008.
- Propper, C., *Competition in Health Care: lessons from the English experience*, Health Economics, Policy and Law, Vol. 13, 2018.
- Стиглиц, Ц., *Економија јавног сектора*, Београд, 2008.