

*A pótlás finanszírozása*

Az elhasználódott és avult berendezések természetes pótlási forrása az amortizáció. Az amortizáció a termelő vállalati elszámolásban nem pénzáramszerű kiadás, vagyis csak a berendezés megvásárlásakor történik pénzkirakítás; az eszközök elhasználódása során elszámolt amortizációs költség nem jár kiadásal, hanem a vállalat adóköteles jövedelme terhére jelent forrásteremtést. Az elszámolt értékcsökkenési leírás a vállalat jogát testesíti meg eszközbefektetése adómentes visszanyerésére, hogy ne adózott forrásból történjék a pótlás. Joggal merül fel a kérdés, hogy a gyógyászati intézmények működése kitermelje-e a pótlás fedezetét? Az intézményeknek adott tulajdonosi juttatás része legyen-e az amortizáció? Az első kérdésre határozott nemmel, a másodikra nyomatékos igennel válaszolhatunk. A gyógyászati intézmények eszközgazdálkodásában a pótlási megfontolások döntően reaktívak, egyértelműen kötődnek az irányító hatóságok éves finanszírozási folyamatahoz és az intézményi generálású forrástöbbletek allokálásához. Ennek eredményeként a gyógyítási célú eszközök beszerzési és pótlási tervei csak nagyon rövid távúak lehetnek, a vonatkozó eszközök élettartamánál rövidebb

időre szólnak. Általában jelentős diszparitás van a célzott berendezés finanszírozási volumene, és a gyógyító intézmények által igényelt berendezések forrásigénye között. A gyógyászati intézmények képessége arra, hogy szűkítsék a felszerelések forrásteremtési rését, egyre csökken. Mint korábban kiemeltük: bár az egészségügyi szolgáltatások árazása elvileg a teljes költség számbavételén alapul, ideértve a nem pénzáramszerű kiadásként elszámolt amortizációt is, a kórházak számára juttatott források nem fedezik az amortizációt.

A kormányzati forrásjuttatáson túl, a következő módokon is juthatnak pénzügyi alapokhoz a gyógyászati intézmények:

- bensőleg generált többletek és gazdasági egységektől kapott jövedelmek;
- vállalati szponzoráció, adományok, hagyatékok, korábbi páciensektől kapott juttatások, helyi közösségek általi alapteremtés.

Lökésszerű pótlási igények jelentkezésekor egyszeri, jelentős, célzott beruházási forrástámogatás szükséges a gyógyászati intézmények számára, azoknak az eszközöknek a cseréjéhez, amelyek tovább már nem alkalmasak funkciójuk ellátására.

*Kulcsszavak: gyógyászati eszközök, kopás, avulás, amortizáció, korszerűsítés, forrásszükség*

## IRODALOM

- Auditor General Victoria (2003): *Managing Medical Equipment in Public Hospitals*. No 9, Session 2003 • <http://tinyurl.com/y9ch7m7l>
- Bryant, Bradley James: How to Figure Depreciation on Medical Equipment? • <http://tinyurl.com/yc5tuxf4>
- Csiki Gergely (2009): *Már nincsenek tartalékok az egészségügyben* (Interjú). *Portfólió*. 2009. dec. 1. • <http://tinyurl.com/y8tvcvld>
- Laskaris, James (2015): *Medical Equipment Obsolescence: What Need to Know? MD Buyline*. *Blog*. 12 May • <http://tinyurl.com/ycbahx58>
- Oliviera, Artur Jorge Antunes (2012): *Medical Equipment Replacement: Economic Analysis under Deter-*

- ministic and Uncertain Environments*. Universidade Técnica de Lisboa • <http://tinyurl.com/y7lk7709>
- Riewpaiboon, Arthorn – Malaroje, Saranya – Kong-sawatt, Sukalaya (2007): Effect of Costing Methods on Unit Cost of Hospital Medical Services. *Tropical Medicine and International Health*. 12, 4, 554–563. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2007.01815.x • <http://tinyurl.com/yakzqkv2>
- Zátrók Zsolt – Tóth Zoltán – Korvin Bence (2009): Semmi sem állandóbb a változásnál. *Kórház*. 6, 18–19. • <http://tinyurl.com/y7p9cc8>
- Zöldi Péter (2011): Folyamatos technikai fejlődés. *Kórház*. 5, 36–37. • <http://tinyurl.com/y87tgyjf>

## AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSI ALTERNATÍVÁI (ADÓK, JÁRULÉKOK, HÁZTARTÁSI JÖVEDELMEK) – NEMZETKÖZI ÉS HAZAI TAPASZTALATOK –

Mihályi Péter

DSc, tanszékvezető egyetemi tanár,  
Budapesti Corvinus Egyetem  
[peter@mihalyi.com](mailto:peter@mihalyi.com)

Előrebocsátom az előadás végkövetkeztetését. Nincs optimális egészségügyi finanszírozási rendszer, mindegyiknek számos ismert előnye és hátránya van. Minden ország közvéleménye a saját rendszere hátrányait tartja irracionálisnak, túrhetetlennek. Ez magyarázza, hogy a fejlett országok egyikében sem sikerült soha szakmai konszenzust építeni a paradigmaváltással járó egészségügyi reformok mögé. Bármilyen többségi támogatással felépített reformkoncepciónak lesz kisebb-nagyobb szakmai támogatást felvonultató, kompetens ellenzéke, amely jól hangzó ellenérveket tud felsorolni a tervezett reformkoncepcióval szemben.

*Ellentmondások*

Szemben az elterjedt közvélekedéssel, a fejlett, gazdag országokban – abban az országcsoport-

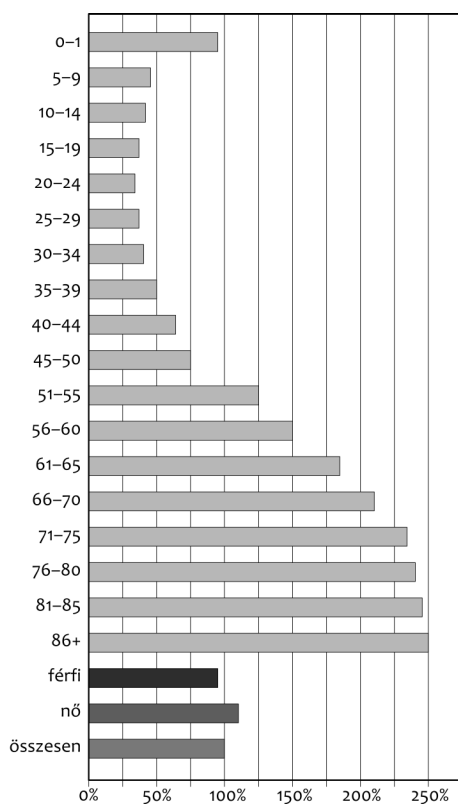
ban, ahova Magyarország is tartozik – az egészségügyi kiadások nem tekinthetők gazdasági befektetésnek, sokkal inkább a fogyasztás részei.<sup>1</sup> Könnyen átgondolható, evolúciós okok miatt az egészségügyi kiadások a gyermekkorra és az inaktív életkorra koncentrálnak – főként az utóbbira. Az életpálya egészére számított egészségügyi kiadások 70–80%-a az élettartam utolsó két évére koncentrálnak. Ebből következik a finanszírozási rendszerek egyik alapvető ellentmondása – a generációs érdekellentét. Az aktív – dolgozó és kereső – korosztályok számára az orvoshoz fordulás szükségessége kis valószínűségű esemény. A fiatal és idős inaktívok számára viszont ez mindennapi realitás. Az *i. ábra* ezt az összefüggést magyar adatokkal illusztrálja, de bármely fejlett ország esetében ugyanez a kép.

<sup>1</sup> Más volt a helyzet száz-százötven évvel ezelőtt, és más a helyzet ma a fejlődő országokban. A 19. század végén, a bismarcki betegbiztosítás bevezetésekor is az orvosok munkaidejének csak a felét tette ki a gyógyítás, alapjában véve azt ellenőrizték, hogy az otthon maradt biztosított nem táppénzcsaló-e. A 20. század második felétől kezdve – olcsón vagy drágán –, gyógyíthatóvá váltak a korábban reménytelen, halálos betegségek,

illetve baleseti sérülések, amelyek többsége csecsemő- vagy időskorban jelentkeznek. A szegény, fejlődő országokban, ahol nincs modern infrastruktúra, ott a víz- és csatornahálózat kiépítése, a szemétszállítás megszervezése, az alapfokú oktatási intézmények, a népegészségügyi hálózatok kiépítése stb. sokkal tekinthető az egészségügybe történő befektetésnek (is) (Mihályi, 2003a).

Erre a generációs érdekellentétre az egyik, de mindenképpen csak részleges megoldás a család intézménye. Csakhogy, ahogyan bővülnek a medicina kínálta lehetőségek – kezdve a mesterséges megtermékenyítéstől a csípőprotézis beültetéséig –, úgy hárul a pénzügyi teherből egyre több a közösségi finanszírozásra. Nincs más megoldás, a szolidaritás erkölcsi parancsára hivatkozva ki kell kényszeríteni az aktív generáció tehervállalását.

A generációs érdekellentét jelentőségét nagyban növeli a *generációs aránytalanság* is (Kreiszné et al., 2015). Az idősök gyógyításá-



1. ábra • Az egy főre jutó természetbeni egészségbiztosítási ellátások korprofilja Magyarországon (teljes népesség átlaga = 100%) (forrás: MNB 2013)

nak költségnövekedését nem követi az aktív kereső korosztályok létszámősvülése. És nem csak a születések és halálozások aránya számít: fontos változója a rendszernek, hogy a munkaképes korban lévő korosztály mekkora hányada dolgozik és keres. Megint szembevetve a közvélekedéssel, hangsúlyozni kell, hogy a fejlett országokban ez az arány nem a lakosság egészségi állapotán múlik, hanem sokkal inkább a társadalmi és jogszabályi környezeten – például a nyugdíjba vonulás és a rokkantsági szabályok paraméterein. Nézzük a 40–60 éves férfiakat! Japánban közel 75%-uk aktívan dolgozik és keres. Franciaországban és Belgiumban a dolgozók aránya kevesebb, mint 25%. Magyar adat csak az 55–64-es korosztályról van: a férfiak foglalkoztatási aránya 47% csupán.<sup>2</sup> Az egészségügy finanszírozása szempontjából jelentős, súlyosbító probléma a fiatalok tömeges munkanélkülisége. Ez a szám nálunk közel van a 20%-hoz. Ami önmagában sok, de kétségtelenül jóval kisebb, mint a megfelelő spanyol és görög adat (50%).

A fejlett világ nagyobb és gazdagabb részében a generációs aránytalanságot részben ellensúlyozza a bevándorlás. Kelet-Európában, az egykori szocialista országokban ellentmondásos a helyzet. Ha visszamegyünk 1981-ig – addig az évig, amikor Magyarországon megkezdődött a népességszám abszolút csökkenése, és ezt tekintjük az összehasonlítás bázisidőpontjának –, akkor azt mondhatjuk,

<sup>2</sup> Értelemszerűen megvizsgálandó az is, hogy a munkaképes fiatal felnőttek milyen arányban dolgoznak, és milyen arányban tanulnak a felsőoktatásban. Magyarországon a nappali tagozatos egyetemi és főiskolai diákok száma kb. 200 ezer fő, ezt kell összehasonlítani a 15–74 éves korosztály 4,0 milliós létszámával (a külföldön dolgozók és közmunkások nélkül). Látjuk, hogy ez nem jelentős arány (< 5%).

hogy csak nyolc országban nőtt a népesség az elmúlt hamincöt év során, mindenütt másutt, összesen tizenegy országban csökkent. Egyes országokban – így például Lettországon (23%) és Magyarországon (8%) igen jelentős volt a fogyás. Ezzel szemben Nyugat-Európa mind a húsz országában – kivétel nélkül – nőtt a népesség; Írországon 44%-kal, Norvégiában 28%-kal (TED, 2016). Ez minőségileg más helyzet.

#### Versengő válaszok az ellentmondásokra

Mint a fentiekben bemutattuk, a fejlett ipari demokráciákban az egészségügy finanszírozása mindenütt valamiféle kényszermecha-

nizmusra kell hogy épüljön. Csak így lehet elérni, hogy megbetegedés, baleset és az öregkori egészségromlás akut eseteiben az ország minden állampolgára számára – valamilyen előre meghatározott ellátási körben – közvetlenül hozzáférhető legyen az orvosi segítség, függetlenül attól, hogy a szolgáltatás igénybevételének pillanatában a beteg tud-e, hajlandó-e fizetni (Gottret – Schieber, 2006; Thomson et al., 2009).

1. A központi költségvetésnek fizetett adók. Ez a kommunista-szociáldemokrata ideológiára épülő Szemaskó- és Beveridge-modell. Az egészségügy integrált része a központi tervgazdálkodásnak, az állami költségvetés-

		nemzetközi példa	kit terhel a fizetési kötelezettség	elterjedtsége Magyarországon
<i>általános adók befizetése</i>				
1	központi költségvetésnek	egykori szocialista országok + Anglia, Skócia, Wales stb	minden gazdasági szereplőt, háztartásokat	általános 1990 előtt és 2010-től
2	helyi költségvetésnek	Kanada, Ausztrália		nincs
3	normatív adók elengedése	USA	diszkriminatív módon a többi adófizetőt	<i>de jure</i> minimális, <i>de facto</i> jelentős
4	megpántlikázott adók ( <i>sin tax</i> )	Ausztrália (1987)	fogyasztókat és/vagy termelőket	NETA* (2011)
<i>költségvetéstől független betegbiztosítóknak fizetett</i>				
5	béarányos járulék	bismarcki modell (EU)	munkaadókat és munkavállalókat	az Alaptörvény eltörölte (2011)
6	egyévre szabott biztosítási díj	USA		minimális
7	adózott jövedelem ( <i>out-of-pocket payment</i> )	mindenütt	háztartásokat	jelentős

1. táblázat • A finanszírozás alapformái – \* népegészségügyi termékadó (forrás: saját szerkesztés)

nek. Nincs semmiféle relatív elkülönültsége az ágazatnak. *De jure és de facto ez a helyzet ma Magyarországon.*<sup>3</sup> Megítélése alapvetően attól függ, hogy ki mit gondol a tervgazdaságról. Ahol a közvélemény bízik az államban, ott ennek a rendszernek magas a társadalmi elfogadottsága (például Anglia).

2. *A helyi költségvetésnek fizetett adók.* Ahol jelentős az országban belüli területi decentralizáció, ott nagyok a regionális eltérések. Például Spanyolországban az egyes régiókban eltérő mértékű adókat szednek, ezért az egy főre jutó források országban belüli különbsége jelentős. Magyarországon a területi autonómiákra épülő tradíció (a vármegyei rendszer) a 20. század elejére olyan mértékben meggyengült, hogy a későbbi évtizedekben újra és újra megkísérelt régiós egészségügyi modellek mind hamvukba holtak (Mihályi, 2003b; Shakarishvili, 2005; Saltman et al., 2007).

3. *Normatív adók elengedése, szelektív adókedvezmények.* A legfontosabb példa az Egyesült Államok, ahol a II. világháború idején megengedték, hogy a munkaadó által kötött betegbiztosítás árát a vállalatok a költségek között számolják el, vagyis ez a ráfordítás adómentes, ezért közkiadásnak számít (Mihályi, 2008a). Kevésbé ismert, hogy emiatt az USA-ban a közkiadások aránya az egészségügyben igen magas (48%). Nagyvállalatoknak és az ott dolgozóknak ez a rendszer nagyon megéri; a kisvállalatoknak nem, ezért a KKV-szektorban (kis- és középvállalkozá-

sok) dolgozók jelentős részének nincs biztosítása. Magyarországon a magánorvosi praxis és a hálapénz elterjedtsége túlnyomórészt a megtúrt adócsalás következménye.<sup>4</sup> Külön kérdés, hogy indokolt-e a 27%-os áfa alóli általános mentesség a szektor túlnyomó részében,<sup>5</sup> valamint a gyógyszerek, gyógynövények, tápszerek, egyes gyógyászati segédeszközök stb. 5%-os áfája. Végző soron az ily módon elengedett adók a szolgáltatók jövedelmét gyarapítják.

4. *Megpántlikázott adók:* a bevételt az egészségügyi ágazat kapja. Tudomásom szerint Magyarország az egyetlen ország, ahol a népegészségügyi adókból (találóbbr angol elnevezéssel: *sin tax*) befolyó adóbevétel közvetlenül a gyógyítás finanszírozására megy. Mindenütt másutt az egészséges táplálkozás promóciója a cél (Doetinchem, 2010; WHO, 2016). Egyébként az ilyen címen beszédett adóbevétel teljes nagysága sehol nem jelentős. Magyarországon nem éri el a 30 Mrd Ft-ot. Az Egészségbiztosítási Alap 2000 Mrd Ft-os kasszájához képest ezt még aprópénznek sem nevezhető. Látni kell azonban, hogy az efféle adók diszkriminatívak és szociálisan regresszívek. Sokszor olyan vállalatokat sújtanak, amelyek csak az extrán adózó terméket gyártják (például chips és egyéb sós sütemények gyártói). Még ennél is komolyabb probléma, hogy az egészségre káros termékek megadóztatása – és ebbe most beleérthetjük a dohányra és az alkoholra kivetett extra adókat is –

lekerült a napirendről. Formálisan ennek az az egyik oka, hogy e tevékenységek többsége tárgyi adómentes körbe tartozik, melyekre az áfatörvény értelmében sem számla-, sem nyugtaadási kötelezettség nem vonatkozik, így a NAV szerint a kötelező pénztárgéphaszát előírása nem értelmezhető (URL1).

<sup>5</sup> Tudomásom szerint egyetlen kivétel van, a magánintézmények által végzett kozmetikai sebészet – itt elvben meg kell fizetni a 27%-os ÁFÁ-t.

alapjában véve a gazdagokat hozza relatíve jobb helyzetbe (angolul: *pro-rich*). Ez a magyarázata annak, hogy az USA-ban Obama elnök ellenállt a cukros üdítők megadóztatásának. A Coca Cola a szegények itala, és árnyaiában ők adják a dohányzók többségét is.

5. *Kötelező bérarányos járuléka = bismarcki modell.* Napjainkban leginkább a német és francia nyelvű EU-s államokban működtetik. Nagy előnye a bismarcki modellnek, hogy relatíve független a költségvetéstől, ezért a napi politikától is. A rendszerben annyi bevétel keletkezik, amennyit az egymással versengő biztosítók<sup>6</sup> a munkaadóktól és a munkavállalóktól begyűjtenek. Érdemes azt is tudni, hogy a bismarcki rendszerben a kényszerszolidaritásnak van – és kezdetektől fogva mindig is volt – felső határa. A legmagasabb jövedelműek számára ma a kilépés (*opting-out*) határa 4575 €/hó szinten van megállapítva. Vagyis aki ennél többet keres, annak nem kötelező államilag szabályozott biztosítást kötnie. Ha nem akar, akkor nem köt semmit, vagy csak magánbiztosítást. A bismarcki rendszer Magyarországon 1992 után nem vált be, mert a magas tb-járuléka (ideértve a nyugdíjat is) jövedelemeltitkolásra ösztönöz. Ez az ellentmondás már a 90-es évek közepe óta jól ismert a szakemberek számára, de egyetlen kormánynak sem sikerült megszüntetnie a magas tb-terhek miatti ellenérdekeltséget.

6. *Egyénre szabott biztosítási díj = önkéntes magánbiztosítás.* Ebben a rendszerben az alapvető probléma az, hogy az önkéntes üzleti

magánbiztosítások – mivel nincs bennük semmilyen állami támogatás – sok munkavállaló és munkaadó számára alapesetben is túlságosan drágák lehetnek.<sup>7</sup> Ráadásul korábbi kórtörténete miatt (*pre-existing medical conditions*) a kockázatosnak tűnő jelentkezőket a biztosítónak érdemes lehet elutasítani. Ebben a modellben külön kérdés, hogy mi történik a nem dolgozókkal (például nyugdíjasok, eltartott családtagok) – ki fizet utánuk. Ha viszont van benne adóelengedés formájában állami támogatás – így működnek például a magyar önkéntes egészségpénztárak –, akkor az *pro-rich* megoldás. A nyereségesen működő nagyvállalatoknak ugyanis így olcsóbb bért fizetni, mint adózott és tb-járulékkal terhelt munkabér formájában.<sup>8</sup>

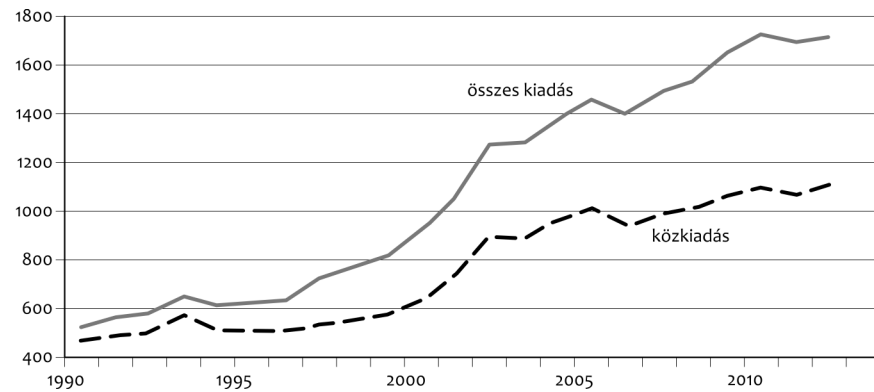
7. *Adózott jövedelem (out-of-pocket payments).* A legjelentősebb „zsebből fizetett” tételek szerte a világon orvosi/kórházi *co-payment*, a járóbeteggyógyászati ellátásai, a magánorvosok számlái (ezen belül Magyarországon a hálapénz). Az efféle tételek aránya a nemzetgazdaság összes folyó egészségügyi kiadásán belül mindenütt jelentős: az OECD-országok átlagában 20%, az Egyesült Államokban 12%, Magyarországon viszont 28%. Ez a gyógyszerkiadások magas aránya miatt van így. Egyértelmű – és sokak szerint aggodalomra okot adó tendencia –, hogy hazánkban makroszinten a magánfinanszírozás aránya 1990 óta gyorsabban nő, mint a közkiadások. Persze, ha ez nem így lenne, akkor nem is lenne finanszírozható a rendszer.

millió főt, ám a tagok szolgáltatásokat igénybe vevő hozzátartozóival együtt közel hárommillió embert juttatnak nem jelentéktelen mértékű adókedvezményhez. Bár erről nincs statisztika, vélelmezhető, hogy a népesség legszegényebb, alsó 3–4 decilisébe tartozó polgárok közül csak nagyon keveseknek van módjuk arra, hogy belépjenek egy önkéntes egészségpénztárba.

<sup>6</sup> Németországban jelenleg 116 betegségbiztosító (*Krankenkasse*) között lehet választani.

<sup>7</sup> Ez az állítás nem vonatkozik az USA-ra, ahol – mint a fentebb bemutatott 3. megoldás kapcsán leírtuk – a magán egészségbiztosítók rendszere közvetett módon éppen az állami adókedvezményekre épült.

<sup>8</sup> Az egészségpénztárak taglétszáma meghaladja az egy-



1. ábra • Az 1 főre jutó egészségügyi kiadások megoszlása Magyarországon, vásárlóerő paritáson, USA dollárban (folyó kiadások, beruházások nélkül) (forrás: OECD Health Statistics, 2016)

Mint a fenti összehasonlításból is kitűnik, nemcsak nehezíti a paradigmaváltás értékű finanszírozási reformok beindítását, hogy az alaprendszereknek egyidejűleg vannak ismert előnyei és hátrányai, de az is, hogy valójában minden országban kevert rendszerek működnek. Amikor egy-egy országban mégis paradigmaváltás történik (és véleményem szerint erre nagy szükség lenne Magyarországon is),

minden azon múlik, hogy a döntéshozó elit milyen mértékben hisz a piacgazdaságban és a versenyben, és milyen arányú szerepet tart kívánatosnak a központi kormányzat részéről. Ez politikai értékvalasztás kérdése. (Részletesebben lásd Mihályi [2006, 2007, 2008b])

**Kulcsszavak:** egészségügyi reform, finanszírozási modellek, adók és járulékok

## IRODALOM

- Doetinchem, Ole (2010): Hypothecation of Tax Revenue for Health. *World Health Report (2010) Background Paper*, No. 51. WHO • <http://tinyurl.com/bmhozfz>
- Gottret, Pablo – Schieber, George (2006): *Health Financing Revisited*. Washington DC: The World Bank • <http://tinyurl.com/ydeb3vnx>
- Kreiszné Hudák Emese – Varga Péter – Várpalotai Viktor (2015): A demográfiai változások makrogazdasági hatásai Magyarországon európai uniós összehasonlításban. *Hitelintézet Szemle*. 14, 2, 88–127. • <http://tinyurl.com/y997087v>
- Magyar Nemzeti Bank (MNB) (2013): *Elemzés az állambiztosításról 2013. február Kivetítés a költségvetési egyenleg és az államadósság alakulásáról (2013–2027)*. Budapest: MNB • <http://tinyurl.com/y8uq65kx>
- Mihályi Péter (2003a): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó

- Mihályi Péter (2003b): A regionális megközelítés buktatói a magyar egészségügy reformjának szemszögéből. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 41, 1–2, 15–23.
- Mihályi Péter (2006): *Egészségügy: A halogatott reform (Válogatott tanulmányok), (PEM Tanulmányok 2.)* Budapest: Professzorok az Európai Magyarországiért Alapítvány
- Mihályi Péter (2007): Az egészségbiztosítás reformjának fogalmi keretei. *Esély*. 5, 3–33. • <http://tinyurl.com/y9a6zluy>
- Mihályi Péter (2008a): A 21. század egészségügyének alapproblémái – Amerikai egészségügy magyar szemmel. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 46, 5, 11–18. • <http://tinyurl.com/ycohmb27>
- Mihályi Péter (2008b): Mivé lett az egészségügyi reform? *Az Elemző*. 4, 1, 101–124.
- OECD Health Statistics (2016): • <http://tinyurl.com/m4xzg8>
- Saltman, Richard B. – Bankauskaite, Vaida – Vrangbaek, Karsten (eds.) (2007): *Decentralization in Health*

- Care*. (European Observatory on Health Systems and Policies Series) Maidenhead: McGraw Hill–Open University Press • <http://tinyurl.com/y8v8tznq>
- Shakarishvili, George (ed.) (2005): *Decentralization in Healthcare*. OSI: Local Government and Public Service Initiative • <http://tinyurl.com/yaa27wjf>
- TED (2016): *The Conference Board. 2016. The Conference Board Total Economy Database™* • <http://tinyurl.com/6f5p8hz>

- Thomson, Sarah – Foubister, Thomas – Mossialos, Elias (2009): *Financing Health Care in the European Union*. (European Observatory on Health Systems and Policies Series). WHO • <http://tinyurl.com/jlvh2xr>
- WHO (2016): Putting Taxes into the Diet Equation. *WHO Bulletin*. 94, 4. • <http://tinyurl.com/y8ahh5rb>
- URL: • <http://tinyurl.com/ybvt9hff>

