

Ervin Mujkić*

Sistem zdravstva u Bosni i Hercegovini: stanje i pravci moguće reforme

Sadržaj

1. Pregled
2. Pravni okvir
 - 2.1. Međunarodni pravni propisi
 - 2.2. Domaći propisi
3. Reformski izazovi
 - 3.1. Korupcija
 - 3.2. Privatizacija
 - 3.3. Finansiranje
4. Zaključak

1. Pregled

Oblast zdravstva je prema ustavnim rješenjima, u nadležnosti entiteta (Republika Srpska), podjeljenoj nadležnosti entiteta i kantona (Federacija BiH), odnosno u nadležnosti Brčko Distrikta BiH.

Tako su u BiH trenutno na snazi tri Zakona o zdravstvenoj zaštiti i tri Zakona o zdravstvenom osiguranju. Odredbe ovih propisa su uglavnom usklađene, iako postoje dijelovi koji se u značajnoj mjeri razlikuju. U Federaciji BiH trenutno postoji Federalno ministarstvo zdravstva i 10 kantonalnih ministarstava zdravstva, te Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH i 10 kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Republika Srpska ima ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite i Fond zdravstvenog osiguranja, a u Brčko Distriktu BiH egzistira Odjel za zdravstvo i ostale usluge pri Vladi Brčko Distrikta BiH, te Fond zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta BiH. Na entitetskom nivou formirane su i agencije za akreditaciju u zdravstvu i to Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH i Agencija za certifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske. Od organa na nivou BiH, značajno je izdvojiti jedino Odsjek za zdravstvo pri Ministarstvu civilnih poslova, a od propisa koji se primjenjuju u cijeloj BiH najznačajniji je Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima.

Očigledna fragmentiranost sistema sa jedne, te različitost zakonskih i podzakonskih propisa u pojedinim dijelovima zemlje sa druge strane, znatno doprinosi različitom tretmanu pacijenata, odnosno situaciji u kojoj stanovnici u jednom dijelu BiH imaju manja ili veća prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja, lakši ili teži pristup zdravstvenim uslugama, te bolji ili lošiji kvalitet tih

*Autor je diplomirani pravnik, šef Službe za pravne poslove u Sektoru za pravne poslove i ljudske resurse Javne zdravstvene ustanove Univerzitetski klinički centar Tuzla.

usluga od stanovnika u drugom dijelu. Upravo je to jedan od razloga zbog kojih je u ovoj oblasti neophodno provesti opsežne reforme koje bi trebale rezultirati eliminiranjem ovih razlika.

Iako se zdravstvena zaštita u BiH formalno temelji na načelima solidarnosti, sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, efikasnosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa, evidentno je da mogućnost pristupa zdravstvenim uslugama, kao i njihov kvalitet nisu jednaki na prostoru cijele BiH. Zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Poseban oblik zaštite zdravlja stanovništva se ostvaruje organizacijom javnog zdravstva. Podjela poslova između primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite obavlja se zavisno od zadataka, složenosti medicinskih postupaka, specijalnosti zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, opreme, te specifičnosti pojedinih područja unutar države, a što je konkretnije regulirano entitetskim, odnosno zakonima Brčko Distrikta BiH. Ovim zakonima, kao i podzakonskim aktima u entitetima, Brčko Distriktu BiH i kantonima u FBiH, uopćeno je definirano koja to sve prava iz zdravstvene zaštite građani imaju. Međutim, samo korištenje tih prava značajno je otežano onima koji žive izvan velikih medicinskih centara u BiH (Sarajevo, Banja Luka, Tuzla, Mostar). Naime, u nekim kantonima u FBiH, jednako kao i u nekim regijama u RS, odnosno u Brčko Distriktu BiH, zdravstvene ustanove nemaju materijalne, niti kadrovske uslove da stanovnicima tih područja obezbjede odgovarajući nivo zdravstvene zaštite. Stoga su stanovnici tih područja prinuđeni zdravstvene usluge koristiti u nekada i vrlo udaljenim centrima. To je opet često povezano i sa kompliciranom administrativnom procedurom koja je uređena Sporazumom o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji Bosne i Hercegovine, van teritorije entiteta, odnosno Distrikta Brčko kome osigurana lica pripadaju¹, odnosno Sporazumom o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite van područja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja kome osiguranik pripada². Ta procedura podrazumjeva pribavljanje posebne saglasnosti nadležne ljakarske komisije pri zavodu zdravstvenog osiguranja kome osiguranik pripada za liječenje na području drugog entiteta, odnosno kantona. Takođe, pitanje ličnog učešća u troškovima zdravstvene zaštite na različit način je regulirano entitetskim, kantonalnim, odnosno podzakonskim aktima na nivou Brčko Distrikta BiH. U nekim kantonima u FBiH, osiguranici imaju mogućnost da izbjegnju plaćanje ličnog učešća uplatom godišnje premije nadležnom zavodu zdravstvenog osiguranja, dok u drugim dijelovima zemlje takva mogućnost ne postoji. Različiti su i sami iznosi godišnje premije u kantonima koji to omogućavaju (npr. u Tuzlanskom kantonu iznos je 16 KM, a u Hercegovačko-neretvanskom 20 KM).

O reformi zdravstva u BiH se već godinama govori, kako u stručnim krugovima, tako i u javnosti, a bilo je i određenih reformskih pokušaja³. I pored toga, stanje u ovoj oblasti se praktično nije mijenjalo od 1997. godine. Sve analize, istraživanja i izvještaji pokazuju da je zdravstvena zaštita na lošem nivou⁴. Karakteristike sistema zdravstvene zaštite, u formi u kojoj on već godinama egzistira, su visoki troškovi, nezadovoljstvo korisnika i finansijska neodrživost.

¹ Sl. novine FBiH 8/02 i Sl. gl. RS 9/02.

² Sl. novine FBiH 41/01 i 7/02.

³ Implementacija projekta porodične medicine; Obrazovanje Fonda solidarnosti na osnovu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. novine FBiH 7/02); Donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (Sl. novine FBiH 5/03, 18/04 i 5/07); Donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. novine FBiH 70/08).

⁴ M. Brkić, M. Bahić, S. Čelić, I. Đonlagić, Ž. Kujundžija, G. Lukić, E. Pleho, L. Pisker i R. Radić, *Zdravstvo na aparatima*, 2005.; Istraživanje zdravstvenog i socijalnog stanja žena i djece u Federaciji Bosne i Hercegovine,

Od svih dosadašnjih reformskih pokušaja, kao najznačajniji, i bar djelimično uspješan može se izdvojiti uspostavljanje sistema porodične medicine koji je uveden na osnovu Projekta osnovne zdravstvene zaštite⁵. Međutim i ovaj sistem trpi velike kritike javnosti, tako da se sa sigurnošću može konstatovati da je prava reforma ove oblasti još uvijek na samom početku i da tek trebaju uslijediti potezi koji će cijeli ovaj sistem pokušati dovesti na odgovarajući nivo.

I pored značajnih projekata u oblasti zdravstva koji su provedeni ili se još uvijek provode u BiH i koji su najvećim dijelom fokusirani na razvoj porodične medicine i njene infrastrukture, još uvijek je primjetno nejednako raspoređivanje timova u odnosu na broj stanovnika, prisutne su razlike u osiguranosti stanovništva timovima primarne zdravstvene zaštite među kantonima. Sve rezultira neujednačenom kvalitetom u pruženim zdravstvenim uslugama. Razvoj sistema monitoringa i evaluacije u narednom periodu sa jasno definisanim indikatorima treba da ponudi osnovu za daljnje usmjeravanje aktivnosti u reformi primarne zdravstvene zaštite u Federaciji BiH⁶, ali i u cijeloj BiH.

2. Pravni okvir

2.1. Međunarodni pravni propisi

BiH je ratificirala određen broj međunarodnih dokumenata koji se odnose na oblast zdravstva⁷, te je na taj način, između ostalog, preuzela obavezu obezbijediti jednak pristup zdravstvenoj zaštiti za sve, bez diskriminacije po bilo kojem osnovu⁸.

Ovdje je možda najznačajnije da je BiH 2008. godine ratificirala *Europsku socijalnu povelju*⁹ koja, između ostalog, sadrži i odredbe koje se direktno odnose na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu¹⁰. Prema ovim odredbama BiH je obavezna uspostaviti učinkovit sistem socijalne zaštite, osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja i uspostavljanje dostupnog i

provedeno 2006. godine kao dio globalnog «Multiple Indicator Cluster Survey – MICS» istraživanja (Klastersko istraživanje višestrukih pokazatelja) koje UNICEF u petogodišnjim intervalima redovno provodi u više od 50 zemalja svijeta (izvor: http://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_Indicator_Cluster_Surveys).

⁵ Projekat osnovne zdravstvene zaštite bio je dio operacije za podršku oporavka zdravstvenog sektora u nadležnosti vlasti BiH i razvojnog programa. On je pomogao početku uspostave ekonomične primarne zdravstvene zaštite i izgradnji entitetskih kapaciteta za uvođenje porodične medicine. Programe je tokom 1998. i 1999. godine pripremalo Ministarstvo zdravstva Federacije BiH i Ministarstvo zdravlja Republike Srpske.

⁶ V. Doder, A. Pilav, G. Čerkez, *Evaluacija reformskih procesa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH*, Zdravlje, ljudska prava i reformski procesi, 2009, s. 26.

⁷ Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima, Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima, Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda, Europskoj socijalna povelja, Deklaracija o pravima pacijenata u Europi.

⁸ Čl. 25 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom; čl. 11 stav 1 tačka f) i čl. 12 stav 1 Konvencije o ukidanju svih oblika diskriminacije žena.

⁹ Parlamentarna skupština BiH je na sjednici Zastupničkog doma, održanoj 04.06.2008. godine i na sjednici Doma naroda, održanoj 17.07.2008. godine, donijela Odluku o davanju saglasnosti za ratifikaciju revidirane Europske socijalne povelje (Sl. gl. BiH - Međunarodni ugovori 6/08), na osnovu koje je Predsjedništvo BiH donijelo Odluku o ratifikaciji revidirane Europske socijalne povelje, koja je, skupa sa samom Poveljom objavljena u Sl. gl. BiH - Međunarodni ugovori 8/08.

¹⁰ Čl. 11 – Pravo na zdravstvenu zaštitu; čl. – 12 Pravo na socijalnu zaštitu; čl. 13 – Pravo na socijalnu i medicinsku pomoć; čl. 23 – Pravo starih osoba na socijalnu zaštitu.

efikasnog sistema primarne zdravstvene zaštite stanovništva, sa posebnom pažnjom prema ugroženim grupama stanovništva kao sto su beskućnici, ovisnici, nezaposleni, itd.

Slične obaveze za državu proističu i iz *Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda* kojom je utvrđeno da svakom čovjeku mora biti omogućeno uživanje prava utvrđenih zakonom, pa tako i prava na zdravstvenu zaštitu, bez diskriminacije na bilo kojoj osnovi kao što je spol, rasa, boja kože, jezik, vjera, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, pripadnost nacionalnoj manjini, imovina, rođenje ili drugi status¹¹.

Odredbama *Konvencije o pravima djeteta* propisano je da djeca moraju uživati najviši mogući standard zdravlja koji je moguće dostići i osiguran pristup insitucijama za liječenje i zdravstvenu rehabilitaciju¹².

U vezi sa međunarodnim dokumentima iz oblasti zdravstva, njihovom primjenom u pravnom sistemu Bosne i Hercegovine, te usklađivanju domaćih propisa sa međunarodnim, potrebno je naglasiti da reforma u oblasti zdravstva nije na direktan način označena kao jedan od uslova koje je potrebno ispuniti u procesu pridruživanja BiH Europskoj uniji. To znači da će sav posao koji će biti potrebno uraditi kako bi se dostigli europski standardi u ovoj oblasti, zapravo morati biti rezultat inicijative, volje, rada, a u velikoj mjeri i političkog dogovora, domaćih snaga. Ipak, ovo ne znači da Europska unija nije zainteresovana za podizanje nivoa kvaliteta zdravstvene zaštite u BiH i da je u potpunosti isključena iz svih procesa koji se na tom planu dešavaju.

Tako je Europska unija upravo u BiH realizirala niz projekata s ciljem unapređenja cjelokupnog sistema zdravstva, od kojih je najznačajniji projekat „Jačanje zdravstvenih sistema Bosne i Hercegovine za integraciju u Europsku uniju“.¹³ Njegova svrha je bila da pomogne izgradnju i jačanje institucionalnih kapaciteta, te uspostavljanje funkcija vezanih za kreiranje politike u oblasti zdravstva, kvaliteta zdravstvene zaštite, planiranja i monitoringa, kao i drugih funkcija vezanih za integraciju zdravstvenog sistema BiH u Europsku uniju.

Ovaj, kao i brojni drugi projekti koje je Europska unija finansirala¹⁴ u sektoru zdravstva još od 1999. godine, dokaz su opredjeljenosti Unije da u velikoj mjeri podrži dugoročnu reformu i samoodrživost sektora zdravstva u BiH.

2.2. Domaći propisi

Vijeće ministara BiH je 2003. godine donijelo Odluku o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva BiH sa *acquis communautaire*¹⁵ koja je označila početak dobrovoljne harmonizacije propisa BiH sa propisima Europske unije. Potpisivanjem Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju ta je harmonizacija postala obavezujuća.

¹¹ Čl. 1 Protokola broj 12 uz Europsku konvenciju o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda – Opća zabrana diskriminacije.

¹² Čl. 24 stav 1 Konvencije.

¹³ EuropeAid/120971/C/SV/BA.

¹⁴ Projekat „Osnovno zdravstvo“/Basic Health Project; EU/WHO Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini, 2005.

¹⁵ Sl. gl. BiH 44/03.

Od aktivnosti koje su poduzimale vlasti na državnom nivou značajno je istaći donošenje državnog Zakona o lijekovima i medicinskim sredstvima¹⁶, te s tim u vezi formiranje Agencije za lijekove i medicinska sredstva koja je omogućila ujedinjenje tržišta lijekova i medicinskih sredstava u BiH.

Vijeće ministara BiH je krajem 2010. godine donijelo Odluku o usvajanju dokumenta „Aktivnosti za integraciju zdravstvenog sektora Bosne i Hercegovine u Europsku uniju“¹⁷. Navedeni dokument daje pregled smjernica koje bi mogle biti od koristi vlastima u BiH s ciljem jačanja zdravstvenog sektora u procesu integracije u Europsku uniju.

Parlament Federacije BiH je 2008. godine usvojio Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji BiH u periodu od 2008. do 2018. godine, kojim su utvrđeni strateški ciljevi u oblasti zdravstva i iz kojeg se daju naslutiti pravci buduće reforme u ovoj oblasti¹⁸.

Pomenuti strateški ciljevi podijeljeni su na opće i specifične. Među općim se kao najznačajniji izdvajaju obezbjeđivanje dostupnosti i kvalitet zdravstvenih usluga, te eliminacija nejednakosti u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, dok se pod specifičnim ciljevima, između ostalih, podrazumjevaju efikasno i savjesno upravljanje resursima u zdravstvu, jačanje primarne i racionalizacija sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, informatizacija zdravstvenog sistema, jačanje javnog zdravstvenog sektora, itd.

Jasno je da realizacija ovih ciljeva podrazumjeva reformu cjelokupnog sistema, te da je, s tim u vezi, propise kojima je regulirana ova oblast potrebno prilagoditi kroz izmjene i dopune ili ih potpuno zamijeniti novim propisima. Da se određeni koraci na tom putu već poduzimaju vidljivo je iz činjenice da se još u toku 2010. godine u Federaciji BiH pristupilo izradi novih zakona iz ove oblasti, pri čemu najznačajnije mjesto svakako imaju sistemski zakoni – Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju, ali tu je i niz drugih zakona, kao i podzakonskih propisa donesenih na osnovu istih, a koji sasvim sigurno pokazuju da je u oblasti zdravstva zauzet reformski kurs.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti¹⁹ je sistemski zakon iz oblasti zdravstva kojim se uređuju osnovna načela, mjere, način organizovanja i provođenja zdravstvene zaštite, nosioci društvene brige za zdravlje stanovništva, prava i obaveze lica u korištenju zdravstvene zaštite, te sadržaj, način obavljanja i nadzor nad obavljanjem zdravstvene zaštite na teritoriji Federacije BiH. Značajne novine koje ovaj zakon donosi tiču se, prije svega, stvaranja odgovarajućih pretpostavki i uslova za bolju organizaciju cjelokupnog sistema, iz čega bi, kao posljedica, trebala proisteći i šira dostupnost i ujednačenost korištenja zdravstvene zaštite, kako primarne, tako i sekundarne i tercijarne. Te pretpostavke i uslovi, naravno, mogu se osigurati samo ukoliko se osigura stabilno finansiranje i uspostavi jasno definiran sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u zdravstvu, a iz samih zakonskih odredbi moguće je zaključiti da su upravo u tom smjeru i išle namjere zakonodavca, jer zakon, pored sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, govori i o osiguranju finansijskih sredstava u Federalnom odnosno kantonalnom budžetu, te osiguranju sredstava za investiciono ulaganje i investiciono održavanje.

¹⁶ Sl. gl. BiH 58/08.

¹⁷ Sl. gl. BiH 18/11.

¹⁸ Federalno ministarstvo zdravstva, *Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji BiH u periodu od 2008. do 2018. godine*, 2008, s. 44 i dalje.

¹⁹ Sl. nov. FBiH 46/10.

Za razliku od prethodnog, važeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne poznaje pojam mreže zdravstvene djelatnosti, te unosi određene novine i u osnivanje i organizaciju zdravstvenih ustanova. Razlog ukidanja mreža primarne zdravstvene zaštite i mreže bolničke zdravstvene zaštite sastoji se u tome što bi njihovo postojanje obavezivalo zavode zdravstvenog osiguranja da praktično finansiraju zdravstvene ustanove u mreži umjesto da procesom ugovaranja kupuju zdravstvene usluge. Zakon također jasno i precizno propisuje uslove za obavljanje privatne medicinske prakse, način odobravanja privatne prakse, način ostvarivanja prihoda, te obaveze nosilaca privatne prakse.

Pored Zakona o zdravstvenoj zaštiti, u Federaciji BiH su u toku 2010. godine stupila na snagu još dva zakona iz oblasti zdravstva i to Zakon o apotekarskoj djelatnosti i Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata²⁰.

Zakon o apotekarskoj djelatnosti uređuje način obavljanja i provođenja apotekarske djelatnosti, kao dijela zdravstvene zaštite, koja se obavlja na teritoriji Federacije BiH, pod uslovima propisanim ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona, kao i Zakonom o lijekovima i medicinskim sredstvima i propisima donijetim na osnovu tog zakona.

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata određuje prava, obaveza i odgovornosti pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, način korištenja, zaštite i unapređenja tih prava, te druga pitanja u vezi sa pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata koja se koriste saglasno propisima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju.

Kako bi reforma zdravstvenog zakonodavstva bila potpuna, potrebno je donijeti i novi Zakon o zdravstvenom osiguranju, jer se radi o propisu koji je, uz Zakon o zdravstvenoj zaštiti, najvažniji sistemski zakon za ovu oblast.

Novi Zakon o zdravstvenom osiguranju još uvijek nije ušao u parlamentarnu proceduru, a upravo bi odredbe ovog zakona uveliko mogle odrediti pravac same reforme zdravstva, kao i njene krajnje domete. Naime, ovaj bi zakon trebao ponuditi najviše promjena u odnosu na sistem kakav danas egzistira. To se, prije svega, odnosi na način finansiranja zdravstva, kako iz sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, tako i iz novih izvora finansiranja koje novi zakon tek treba da ponudi.

Vezano za izmjene u načinu finansiranja zdravstvene zaštite, značajno je istaći da je Delegacija Evropske unije u BiH sredinom maja ove godine prezentirala projekt „*Reforma finansiranja sekundarne zdravstvene zaštite u BiH*“²¹ koji ima za cilj ostvarivanje određenih ušteda, kao i poboljšanje pružanja usluga u zdravstvu.

Pored promjene sistema finansiranja, novi Zakon o zdravstvenom osiguranju trebao bi na sasvim drugačiji način regulirati organizaciju zavoda zdravstvenog osiguranja koju je, s jedne strane potrebno uskladiti sa odredbama Zakona o jedinstvenom sistemu registracije, kontrole i naplate doprinosa za socijalno osiguranje²², dok je s druge strane neophodno postići veću efikasnost cijelog sistema i ukloniti nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama za osiguranike iz

²⁰ Oba Sl. nov. FBiH 40/10.

²¹ Projekt koji finansira EU s milion eura bazira se na uvođenju tzv. DRG metode - novoj klasifikaciji akutnih bolničkih pacijenata u skupine koje zahtijevaju sličnu potrošnju bolničkih resursa i sa sličnim kliničkim osobitostima.

²² Sl. novine FBiH 42/09.

različitih kantona u Federaciji, a koja danas očito predstavlja jedan od najvećih problema u zdravstvu uopšte.

U vezi sa navedenim značajno je istaći da je kroz sam budući Zakon o zdravstvenom osiguranju, te kroz provedbene podzakonske akte koji na osnovu njega budu donijeti, potrebno na odgovarajući način tretirati i problem obima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kako za osigurana, tako i za neosigurana lica. Ovo je važno zbog toga što se danas zapravo ne zna koje sve zdravstvene usluge osigurana lica imaju pravo koristiti na teret sredstava zavoda zdravstvenog osiguranja kojem pripadaju, niti koliko tih usluga mogu koristiti u određenom vremenskom periodu. Drugim riječima, nije poznat domet obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno, osiguranik ne zna šta sve „kupuje“ kada uplaćuje doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje, a šta bi eventualno morao dodatno platiti, bilo kroz neku vrstu dodatnog, proširenog ili dobrovoljnog osiguranja, bilo kroz lično učešće, odnosno participaciju u troškovima zdravstvene zaštite.

I Zakon o zdravstvenom osiguranju²³ koji je trenutno na snazi predviđa, pored obaveznog, i prošireno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje²⁴. Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbjeđuju se osiguranicima i članovima porodice osiguranika pravo na korišćenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći po ovom zakonu²⁵. Radi osiguranja prava iz zdravstvene zaštite, odnosno obima prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo kantona može uvesti prošireno zdravstveno osiguranje²⁶. Vidove zdravstvene zaštite i prava koja se ne osiguravaju obaveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem građani mogu osigurati dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem²⁷. Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi zdravstvenog osiguranja kod zavoda zdravstvenog osiguranja kantona, saglasno odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu zakona. Sredstva za ostvarivanje prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se dodatnim doprinosima u skladu sa propisima kantona, a mogu se osiguravati i iz drugih izvora utvrđenih zakonom i drugim propisima donesenim na osnovu zakona (porezi, donacije, premije, takse, sredstva budžeta kantona i Federacije). Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuju građani lično ili putem preduzeća, ustanova i na drugi način na koji sami odluče da udružuju sredstva za ovo osiguranje²⁸.

Ovaj sistem, međutim, do danas nije zaživio, iznad svega zbog toga što su izostali odgovarajući podzakonski akti koji bi razradili i konkretizirali nedovoljno jasne zakonske odredbe.

Pokušaj da se ovaj problem riješi bio je usvajanje Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava²⁹. Svrha donošenja ove Odluke bila je izjednačavanje prava na zdravstvenu zaštitu na području cijele Federacije BiH za osigurana lica, te uvođenje paketa minimalnih prava na zdravstvenu zaštitu za neosigurana lica. Osnovnim paketom zdravstvenih prava za osigurana lica se, između ostalog, osiguravaju zdravstvene usluge primarne zdravstvene zaštite, a one se

²³ Sl. novine FBiH 30/97, 7/02 i 70/08.

²⁴ Čl. 2.

²⁵ Čl. 5 st. 1.

²⁶ Čl. 8.

²⁷ Čl. 12.

²⁸ Čl. 13.

²⁹ Sl. novine FBiH 21/09.

ostvaruju u okviru porodične medicine, opće medicine, zdravstvene njege u zajednici, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata na redovnom školovanju do 26. godine starosti, prevencije zdravlja kod školske djece, zdravstvene zaštite žena, pneumoftiziološke zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke djelatnosti, hitne medicinske pomoći, uključujući i medicinski transport, zdravstvene zaštite zuba i usta predškolske djece, školske djece i omladine, kao i studenata na redovnom školovanju do 26. godine starosti, laboratorijske djelatnosti, zaštite mentalnog zdravlja i fizikalne rehabilitacije.

Paketom zdravstvenih prava za neosigurana lica, državljane BiH, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, obezbjeđuje se da djeca i mladi do navršениh 18 godina starosti, kao i školska djeca i studenti na redovnom školovanju do navršениh 26 godina starosti, imaju ista prava kao i osigurana lica, saglasno Zakonu o zdravstvenom osiguranju, Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, kao i ovoj odluci.

Neosiguranim licima iznad 18 godina starosti se na teret osiguranja, to jest besplatno, obezbjeđuje hitna medicinska pomoć u stanjima koja mogu ugroziti život, liječenje teških zaraznih bolesti (karantenske bolesti, tuberkuloza, infekcija HIV virusom, SARS, ptičija gripa, sifilis, hemoragična groznica, hepatitis C i B, botulizam, difterija, ehinokokoza, akutni meningitis i meningoencefalitis, morbili, pertusis, poliomijelitis, bjesnilo, tetanus, trbušni tifus, pjegavac), zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće i poroda, te puerperija i postnatalnih komplikacija do 6 mjeseci nakon poroda, zdravstvena zaštita duševnih bolesnika koji zbog prirode i stanja bolesti mogu ugroziti svoj život ili život drugih lica, ili pak oštetiti materijalna dobra, zdravstvena zaštita u slučaju hronične bolesti (maligni tumori, insulino ovisni dijabetes, endemska nefropatija, i hronična renalna insuficijencija/hemodijaliza, hemofilija, (agamaglobulinemija), zdravstvena zaštita oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multiple skleroze, zdravstvena zaštita u slučaju paraplegije, kvadrilegije, zdravstvena zaštita u slučaju epilepsije, zdravstvene usluge koje se obavljaju s ciljem doniranja organa u svrhu presađivanja radi liječenja drugog lica, zdravstvene usluge vezane za darovanje krvi.

Međutim, ni ova Odluka do danas nije implementirana na odgovarajući način i njene odredbe nisu zaživjele u praksi, prije svega zbog toga što od strane Federalnog ministarstva zdravstva nisu doneseni provedbeni akti neophodni za provođenje Odluke.

Ipak, ova Odluka predstavlja značajan korak na reformskom putu, a njena puna primjena bi mogla biti i prva velika promjena u samom sistemu zdravstvenog osiguranja. Odredbe ove Odluke sigurno mogu poslužiti kao određeni putokaz zakonodavcu prilikom donošenja novog Zakona o zdravstvenom osiguranju, posebno u segmentu uspostave i razvoja sistema dopunskog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Republika Srpska je takođe donijela relativno novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti³⁰ i to nešto ranije nego FBiH. Njime je, između ostalog, uređeno obezbjeđenje zdravstvene zaštite, načela zdravstvene zaštite, prava i obaveze građana i pacijenata u ostvarivanju zdravstvene zaštite, nivoi zdravstvene zaštite, osnivanje, prestanak rada i organizacija zdravstvenih ustanova, organi zdravstvenih ustanova, sertifikacija i akreditacija zdravstvenih ustanova, finansiranje zdravstvenih ustanova, nadzor, te druga pitanja od značaja za organizaciju i provođenje

³⁰ Sl. gl. RS 106/09.

zdravstvene zaštite na području RS. Ovim zakonom stavljen je van snage stari Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS³¹.

Kada je u pitanju oblast zdravstvenog osiguranja, u RS je još uvijek na snazi Zakon o zdravstvenom osiguranju³² iz 1999. godine, koji je do danas, naravno, pretrpio nekoliko izmjena i dopuna.

Na području Brčko Distrikta BiH trenutno je na snazi Zakon o zdravstvenoj zaštiti Brčko Distrikta BiH³³ iz 2001. godine. U proceduri je donošenje novog Zakon o zdravstvenoj zaštiti, koji je trenutno u formi nacrt³⁴, a koji će biti usklađen sa entitetskim zakonima iz ove oblasti.

Oblast zdravstvenog osiguranja u Brčko Distriktu BiH regulirana je odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta BiH³⁵. Značajna reforma u ovoj oblasti u Brčko Distriktu BiH započela je početkom 2007. godine, kada je Skupština Brčko Distrikta BiH donijela Odluku o osnivanju Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta³⁶. Fond je preuzeo poslove sprovođenja politike razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite koja se obezbjeđuje zdravstvenim osiguranjem, planiranja i prikupljanja novčanih sredstava svih oblika zdravstvenog osiguranja kojima se finansiraju zdravstvene usluge, te obavljanje poslova u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih lica. Sve te poslove, prije osnivanja Fonda, obavljalo je Odjeljenje za zdravstvo pri Vladi Brčko Distrikta BiH.

3. Reformski izazovi

3.1. Korupcija

Problem korupcije u zdravstvu i percepcije ovog problema u javnosti u posljednje vrijeme je sve češće tema ozbiljnih analiza i diskusija iniciranih, u najvećem broju slučajeva, od strane organizacija civilnog društva, odnosno nevladinih organizacija³⁷.

Istraživanja Centara civilnih inicijativa i drugih nezavisnih agencija³⁸ pokazuju da je gotovo polovina ispitanika imala doticaja sa korupcijom u zdravstvu. Skoro petina njih je platila pregled ili kupila poklon ljekaru ili medicinskom osoblju radi obezbjeđenja određenih usluga. Velika većina ispitanika smatra da je u zdravstvu prisutna korupcija. Pod ovim pojmom se podrazumijeva zloupotreba javne službe radi lične koristi, što uključuje radnje kao što su podmićivanje, nepotizam i druge vrste zloupotrebe položaja za ličnu korist. Ispitanici smatraju da je korupcija u oblasti zdravstva najprisutnija u bolnicama gdje se u prosjeku za obavljanje

³¹ Sl. gl. RS 18/99, 58/01 i 62/02.

³² Sl. gl. RS 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 17/08 i 1/09.

³³ Sl. gl. BDBiH 2/01, 19/07 i 2/08.

³⁴ Nacrt Zakona o zdravstvenoj zaštiti u Brčko Distriktu BiH iz aprila 2011. godine

(izvor: http://mapa.bdcentral.net/index.php/ba/servisizagradane/oglas/doc_download/619-2011-05-23-prijedlog-nacrt-zakona-o-zdravstvenoj-zastiti-u-brcko-distriktu-bih).

³⁵ Sl. gl. BDBiH 1/02, 7/02, 19/07, 2/08 i 34/08.

³⁶ Sl. gl. BDBiH 1/07 i 8/07.

³⁷ Centri civilnih inicijativa, *Zdravstvo i korupcija – Stanje i preporuke za poboljšanje stanja*, Sarajevo 2008; Transparency International, *Korupcija u Bosni i Hercegovini*, 2009.

³⁸ Centri civilnih inicijativa, *Identifikacija konkretnih slučajeva korupcije i kršenja ljudskih prava u oblasti socijalne i zdravstvene zaštite u BiH*, 2004 (bilj. 37).

operacije daje mito ili poklon od oko 700 KM, kako je navedeno u izvještaju Centara civilnih inicijativa o percepciji korupcije u zdravstvu³⁹.

Nalazi istraživanja javnog mijenja pokazuju da većina ispitanika smatra da je korupcija veoma rasprostranjena u zdravstvenim ustanovama, pri čemu je najveći procenat ispitanika koji su mišljenja da je korupcija prisutna u bolnicama (77%), zatim u domovima zdravlja (68%) dok je najmanji procenat ispitanika koji smatraju da je korupcija prisutna u ambulancama (60%). U okviru zdravstva sitna korupcija se javlja uglavnom pri složenijim medicinskim intervencijama, a velika pri javnim nabavkama za zdravstvo. Ono što je karakteristika korupcije u zdravstvu je, da su građani najmanje spremni da prijavljuju ovaj vid korupcije i da se pri korupciji u zdravstvu rijetko javlja direktna iznuda mita, već se konkludentnim radnjama medicinskog osoblja nastoji da građani sami „zaključče“ da je mito neophodan. Prosječan iznos mita koji građani plaćaju za medicinske usluge iznosi 500 KM⁴⁰. Centar za istraživačko novinarstvo nedavno je objavio članak⁴¹ u kojem tvrdi da građani BiH ljekarima kroz poklone i novac daju oko 120 miliona maraka svake godine. Podatak je zabrinjavajući ukoliko je i blizu tačnog.

Vlast još uvijek nema pravi odgovor za ovaj problem, ali je nevladin sektor u posljednje vrijeme primjetno intenzivirao svoje aktivnosti kako ukazivanju na korupciju, tako i radom na njenom uklanjanju. Upravo je na inicijativu Centara civilnih inicijativa u aprilu 2011. godine počela informativno – zagovaračka kampanja za borbu protiv korupcije u zdravstvu, s ciljem da se iznađu sistemski rješenja za prevenciju i borbu protiv korupcije u zdravstvu i dodatno edukuju i informiraju građani o pravima koja su im zakonom zagarantovana⁴².

To bi mogao biti putokaz i organima vlasti i motiv da se i sami uključe u rješavanje ovog problema. Pri tome se misli i na zakonodavnu vlast koja mora stvoriti odgovarajući pravni okvir za prevenciju korupcije sa jedne, te njeno sankcioniranje sa druge strane, ali i na organe pravosuđa koji bi morali biti puno efikasniji na suzbijanju i procesuiranju odgovornih za sve pojavne oblike koruptivnog ponašanja.

3.2. Privatizacija

Pitanje privatizacije javnih zdravstvenih ustanova još uvijek nije stiglo na dnevni red nadležnim organima, niti se o tome puno razgovaralo u javnosti. Međutim, sasvim je jasno da, reforme u zdravstvu, tu temu ne mogu izbjeći.

S obzirom da novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne pravi nikakvu distinkciju između privatnog i javnog zdravstvenog sektora, samo po sebi se nameće pitanje odnosa privatnog i javnog u oblasti zdravstva, prednosti i nedostataka jednog i drugog.

Dosadašnja praksa bila je takva da su se upravo te odredbe zakona kršile u procesu ugovaranja zdravstvenih usluga između nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova.

³⁹ Izvor: www.cci.ba.

⁴⁰ Transparency International (bilj. 37), s. 9.

⁴¹ M. Brkić, M. Bahić, S. Čelić, I. Đonlagić, Ž. Kujundžija, G. Lukić, E. Pleho, L. Pisker i R. Radić (bilj. 2), Priča 8: Običaj koji je prerastao u krivično djelo, 2005.

⁴² Vidjeti bilj. 37.

Naime, u skladu sa odredbama Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine⁴³ i nabavka zdravstvenih usluga se mora obavljati putem tendera. Te se odredbe, međutim, u praksi u cijelosti primjenjuju jedino na zdravstvene usluge koje se finansiraju iz sredstava Federalnog fonda solidarnosti i jedino su u tom dijelu izjednačeni privatni i javni zdravstveni sektor⁴⁴. Sredstva Federalnog fonda solidarnosti koriste se za finansiranje ograničenog broja skupih najsloženijih zdravstvenih usluga visokodiferencirane zdravstvene zaštite (kardiologija i kardiohirurgija, neurohirurgija transplantologija, ortopedija, trumatologija i torakohirurgija), prioriternih vertikalnih programa od interesa za Federaciju BiH (hemodijaliza, citoterapija i radioterapija) i centralizovane nabavke lijekova (citostatici, uključujući i lijek “Glivec”, lijekovi za liječenje hemofilije i AIDS-a).

Pri ugovaranju svih ostalih zdravstvenih usluga, koje se finansiraju iz sredstava kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, zakon se kršio i te su usluge ugovarane skoro isključivo sa javnim zdravstvenim ustanovama, nekad vjerovatno čak i na uštrb kvaliteta tih usluga. To je bila posljedica postojanja mreža zdravstvene djelatnosti⁴⁵ uspostavljenih na osnovu starog Zakona o zdravstvenoj zaštiti⁴⁶.

Upravo je primjena Zakona o javnim nabavkama, kojeg su se obavezne pridržavati jedino javne, a ne i privatne zdravstvene ustanove, jedno od pitanja koje je potrebno imati u vidu kada se govori o ujednačavanju položaja privatnog i javnog sektora. Naime, nabavka lijekova, medicinskih sredstava, hrane, higijenskih sredstava, itd. putem tendera vrlo često opterećuje poslovanje javnih zdravstvenih ustanova, prije svega zbog toga što se sam postupak može odužiti u nedogled. Jasno je da su na taj način javne zdravstvene ustanove stavljene u neravnopravan položaj u odnosu na privatne koje ne moraju raspisivati tendere i mogu puno brže i efikasnije odgovoriti potražnji na tržištu zdravstvenih usluga.

Razumljivo je da država mora voditi računa o javnom zdravstvenom sektoru prilikom ugovaranja zdravstvenih usluga. Osnovna je zamisao Zakona o javnim nabavkama da ugovorni organi, a samim tim posredno i poreski obveznici, žele dobiti usluge najboljeg kvaliteta, odnosno najveće vrijednosti za uložena javna sredstva. Međutim, izdvojena javna sredstva za nabavku zdravstvenih usluga ne bi se smjela posmatrati odvojeno od uloženi javnih sredstava u kapitalne investicije i investicijsko održavanje javnih zdravstvenih ustanova u toku određenog vremenskog perioda, tako da je i to potrebno uzeti u obzir prilikom procjene kako dobiti najveće vrijednosti zdravstvenih usluga za uložena javna sredstva.

Nema nikakve sumnje da bi javne zdravstvene ustanove pretrpile značajne finansijske gubitke ukoliko se sa njima ne bi ugovaralo pružanje zdravstvenih usluga za osiguranike nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Time bi se javni zdravstveni sektor vjerovatno doveo na rub održivosti, ili bi se urušio. To bi nedvojbeno značilo i gubitak uloženi javnih sredstava u kapitalne investicije i investiciono održavanje javnih zdravstvenih ustanova.

Iz navedenog proizilazi da ugovaranje zdravstvenih usluga koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja mora biti jednako dostupno i javnom i privatnom sektoru, ali

⁴³ Sl. gl. BiH 49/04, 19/05, 52/05, 8/06, 24/06, 70/06, 12/09 i 60/10.

⁴⁴ Tačka V Odluke o kriterijima i načinu korištenja sredstava federalnog fonda solidarnosti (Sl. novine FBiH 22/02 i 11/05).

⁴⁵ Vidjeti gore pod 2.2.

⁴⁶ Sl. novine FBiH 29/97.

država mora naći načina da istovremeno obezbjedi održivost javnog zdravstvenog sektora, jer je zdravstvena djelatnost, djelatnost od posebnog društvenog interesa.

Sasvim je jasno da će pitanje privatizacije u zdravstvu biti jedan od glavnih izazova reformi. S tim u vezi, tek treba poduzeti prve korake obzirom da još uvijek ne postoje propisi kojima bi bila regulirana privatizacija u zdravstvu.

Ovdje je značajno istaći i činjenicu da je Visoki predstavnik za Bosnu i Hercegovinu 2005. godine proglasio Zakon o privremenoj zabrani raspolaganja državnom imovinom Bosne i Hercegovine⁴⁷, Zakon o privremenoj zabrani raspolaganja državnom imovinom Federacije Bosne i Hercegovine⁴⁸ i Zakon o privremenoj zabrani raspolaganja državnom imovinom Republike Srpske⁴⁹. Tim zakonima je, između ostalog, zabranjeno privremeno raspolaganje nepokretnom imovinom na kojoj je pravo raspolaganja i upravljanja imala bivša SRBiH do 31.12.1991. godine, koja se na dan donošenja ovog zakona smatra vlasništvom ili posjedom bilo koje razine vlasti ili javne organizacije BiH, FBiH, odnosno RS. Članom 3 stav 2 svakog od ovih zakona dozvoljeno je da se, na prijedlog zainteresirane strane, može odlučiti da se određena državna imovina izuzme od privremene zabrane utvrđene ovim zakonom. Odluku o tome donosi Komisija za državnu imovinu koju je Vijeće ministara BiH osnovalo Odlukom o osnivanju Komisije za državnu imovinu⁵⁰.

Odredbama Zakona o pretvorbi društvene svojine⁵¹ regulirana je samo pretvorba društvene svojine u državnu. Članom 9. navedenog Zakona pravo vlasništva na imovini na kojoj pravo raspolaganja ima BiH i podjela te imovine između BiH i Federacije trebala se urediti posebnim zakonom.

Na koji način će se pristupiti rješavanju pitanja privatizacije u zdravstvu, još uvijek se ne može prognozirati. Zakonodavac ima na raspolaganju određene modele ulaska privatnog kapitala u javni zdravstveni sektor, ali nije poznato za koji od tih modela će se odlučiti.

Prvi model bio bi klasična privatizacija, poput one koja je provedena u privredi. *Drugi* bi mogao biti putem ugovora o koncesiji, ali upitno je da li bi i ovaj model bio prihvatljivo rješenje za oblast zdravstva. Naime, odredbama Zakona o koncesijama Bosne i Hercegovine⁵² propisano je da Vijeće ministara BiH donosi odluku o vrsti i predmetu koncesije, kao i obimu koncesije koja se dodjeljuje, a da tu odluku potvrđuje Parlamentarna Skupština BiH. Zakon niti na jednom mjestu ne pominje mogućnost da predmet koncesije budu zdravstvene ustanove, odnosno njihovi objekti. Takođe, ni federalni Zakon o koncesijama⁵³ nije predvidio da objekti zdravstvenih ustanova mogu biti predmet koncesije, ali je odredbom člana 3. stav 2. navedenog Zakona predviđeno da predmet koncesije može biti i pravo obavljanja djelatnosti komunalnih i drugih javnih službi, što se potvrđuje propisom kantona. To znači da, ukoliko pojedini kantoni imaju namjeru da daju koncesiju nad javnom zdravstvenom službom, isto mogu urediti svojim posebnim propisima.

⁴⁷ Sl. gl. BiH 18/05, 29/06, 85/06, 32/07, 41/07, 74/07 i 99/07.

⁴⁸ Sl. novine FBiH 20/05, 17/06, 62/06, 40/07, 70/07 i 94/07.

⁴⁹ Sl. gl. RS 32/05, 17/06, 32/06, 100/06, 10/07 i 44/07.

⁵⁰ Sl. gl. BiH 10/05.

⁵¹ Sl. list RBiH 33/94.

⁵² Sl. gl. BiH 32/02.

⁵³ Sl. novine FBiH 40/02.

Treći model ulaska privatnog kapitala u javni zdravstveni sektor mogao bi biti putem javno – privatnog partnerstva. Vlada Federacije BiH je u 2010. godini utvrdila Nacrt Zakona o javno – privatnom partnerstvu i uputila ga u parlamentarnu proceduru u redovnom postupku, a zaključeno je i da je o nacrtu zakona potrebno provesti i javnu raspravu.

Ovim zakonom biće uređeni predmet, načela, način, uslovi i nadležnosti putem kojih će se ostvarivati javno – privatno partnerstvo između javnog tijela i privatnog partnera, kao i procedure predlaganja, odobravanja i implementacije projekata, a sve to sa ciljem uspostave i razvoja transparentnog pravnog okvira za utvrđivanje uslova pod kojima domaća i strana pravna i fizička lica mogu ulagati u izgradnju ili u obnovu javne infrastrukture, uključujući pri tome i zdravstvo, čime bi se javnom partneru osigurali uslovi za pružanje javnih usluga.

U Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH su već neko vrijeme na snazi Zakon o javno – privatnom partnerstvu Republike Srpske⁵⁴ i Zakon o javno – privatnom partnerstvu Brčko Distrikta BiH⁵⁵. U Brčko Distriktu BiH trenutno je u toku implementacija jednog projekta u oblasti zdravstva u skladu sa odredbama ovog zakona i to vezano za usluge hemodijalize. Ono što ovaj model čini najprihvatljivijim jeste činjenica da javno – privatno partnerstvo ne podrazumijeva promjenu vlasništva, jer privatni partner svojim sredstvima gradi, održava i upravlja nekim projektom, te ubire prihode, a na kraju ga vraća javnom partneru. Ranije pomenuti ugovori o koncesiji, takođe se mogu smatrati jednim oblikom javno – privatnog partnerstva.

Od zemalja u okruženju, niti jedna nije provela privatizaciju javnih zdravstvenih ustanova, iako je u svakoj od njih privatni kapital pronašao način da uđe u strukture javnog zdravstvenog sektora. Tako je npr. u Sloveniji nominalno uloga privatnih i javnih zdravstvenih ustanova izjednačena u pravima, koje imaju pri konkuriranju za javna sredstva i pri sklapanju ugovora sa Zavodom za zdravstvenu zaštitu Slovenije (*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*). Naravno ta nominalnost je zapravo prisutna samo u principima, ali u praksi sistem u sebi nosi neke karakteristike, koje stvaraju razlike između dva sistema. S obzirom na to, da je sistem nastao u vrijeme velikih političkih pomaka, on nosi karakteristike jasnih težnji za privatizacijom svih javnih službi. Pri tome ključni cilj tih procesa bio je u pravcu deregulacije i prenosa javnih ovlasti na druge partnere u sistemu, u prvom redu na komore. Teško je reći, da li je sistem kao takav stimulirao privatizaciju, jer se Slovenija, za razliku od nekih drugih zemalja, kao Češke ili Slovačke, nije odlučila za totalnu privatizaciju pojedinih sektora. U pogledu privatizacije Sloveniju karakteriše prilično veliki stepen pragmatičnosti, koju je naravno moguće protumačiti i kao nedorečenost sistema.

Naime, takav sistem, koji je realno i potencijalno nestabilan zbog svoje otvorenosti i pragmatičnosti, jer teoretski svaki licencirani zdravstveni radnik, koji je nosilac službe, može u određenom trenutku dati otkaz zbog odlaska u privatnu praksu. Zbog još uvijek nedorečene mreže mjesta u javnoj mreži odnosno za javne finansije, Zavod za zdravstvenu zaštitu Slovenije slijedi praksu zatvorenih posuda. To znači, da se kadar može pomicati samo između pojedinih posuda, ali da se te posude ne mogu povećavati. Svaki licencirani nosilac službe, koji ispunjava

⁵⁴ Sl. gl. RS 59/09.

⁵⁵ Sl. gl. BDBiH 7/10.

uslove za privatnu praksu, može početi s njom na osnovu odobrenja za rad u određenim prostorijama i prekida radnog odnosa u javnoj zdravstvenoj ustanovi⁵⁶.

Pitanje ulaska privatnog kapitala u oblast zdravstvenog osiguranja biće vjerovatno jednostavnije riješiti i to primjenom modela koji već postoji u zemljama okruženja. Tako je npr. u Hrvatskoj na snazi Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju⁵⁷ koji propisuje da dobrovoljno zdravstveno osiguranje obuhvata: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje. Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje ugovaraju se kao dugoročna osiguranja, a najmanje u trajanju od godine dana. Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obavezne osigurati u skladu sa Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi društvo za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja u skladu sa Zakonom o osiguranju.

Jasno je da ni u BiH ne treba bježati od uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a sve u vezi sa ograničavanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno povećanjem broja lica koje će biti obavezna lično učestvovati u troškovima zdravstvene zaštite za određene zdravstvene usluge (plaćati tzv. participaciju). Dio tih troškova, koji za neke zdravstvene usluge mogu biti izrazito visoki, pacijenti bi mogli preko dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prenijeti na osiguravajuća društva.

U svim varijantama reforme budući pacijenti će vjerovatno morati plaćati za medicinske usluge više nego danas. Te će troškove snositi lično ili će, prema načelima osiguranja, na osnovu manjih premija prebaciti te znatno veće pojedinačne troškove, ukoliko se dogodi osigurani slučaj, na osiguravajuća društva.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje bi, poput naprijed iznesenog rješenja iz Hrvatske, trebalo obuhvatiti dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem pokriva bi se dio troška do pune cijene zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a dodatno zdravstveno osiguranje obuhvatalo bi određene nestandardne preventivne i dijagnostičke preglede u kojoj god zdravstvenoj ustanovi osiguranik to želi.

3.3. Finansiranje

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u bivšoj SFRJ bila su veoma široka: sve usluge iz oblasti primarne zdravstvene zaštite, veliki broj specijalističko – konsultativnih dijagnostičkih usluga, bolnička liječenja u zemlji i van zemlje, boravak u banjskim lječilištima, bolovanja i masa drugih zdravstvenih usluga čiji broj nije bio ograničen. U poratnom periodu građani su zadržali stare navike neracionalnog korištenja zdravstvenih usluga, a zakonska regulativa im je

⁵⁶ T. Albrecht, *Da li su zdravstveni sistemi Hrvatske i Slovenije dorasli principima socijalne demokratije? Zdravstveni sistem u Sloveniji*, 2009, s. 7 i dalje.

⁵⁷ N. novine RH 85/06, 150/08 i 71/10.

u tome uglavnom išla na ruku, s obzirom da je zadržana širina prava pacijenata, bez obzira na stvarne finansijske mogućnosti.

Dugogodišnje insistiranje na donošenju osnovnog paketa prava pacijenata iz obaveznog osiguranja urodilo je plodom usvajanjem Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava⁵⁸. Nažalost, ona do danas nije, kao što se očekivalo, stvorila pretpostavke za racionalizaciju troškova u zdravstvenoj djelatnosti.

Zbog toga se postavlja ozbiljno pitanje finansijskih sredstava koja bi pratila ovako široka prava pacijenata. Stopa izdvajanja iz GDP-a u BiH iznosi 7,2% (FBiH 8,82%, RS 5,58%), što je približno jednaka stopa izdvajanja upoređena sa zemljama bivše Jugoslavije (Hrvatska 7,5%, Crna Gora 6,8%, Slovenija 8,4%, Srbija 8,0%) kao i zemljama EU (Švedska 8,9%, Norveška 8,7%, Italija 9,0%, Austrija 9,9%), a u odnosu na zemlje nekadašnjeg komunističkog bloka u BiH se izdvaja više (Rumunija 5,7%, Ruska Federacija 5,3%, Češka Republika 6,8%, Bugarska 6,9%, Albanija 6,2%). Nažalost statistika dobivena prostim računskim operacijama ne daje pravu sliku – sve spomenute zemlje, izuzev Srbije, Albanije i Ukrajine, imaju veći GDP od BiH, neke i po sedam puta (Norveška), te su njihova godišnja izdvajanja za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika višestruko veća: Češka Republika 1.940 US\$, Italija 2623 US\$, Švedska 3119 US\$, Slovenija 2065 US\$, Hrvatska 1084 US\$. BiH, iako ima solidan procenat izdvajanja za zdravstvo iz GDP-a, zapravo godišnje po stanovniku ima na raspolaganju daleko manje sredstava (Federacija BiH 431,00 KM po osiguranom licu)⁵⁹. Ako se uzme u obzir da su i neosigurana lica po nekom osnovu koristila zdravstvenu zaštitu onda je jasno da je suma per capita još manja.

Za prevazilaženje ovakvog stanja moguće je upotrijebiti tri rješenja. Prvo je ograničavanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, prvenstveno osnovnog paketa. Drugo rješenje je konačno uvođenje proširenog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a treće je istovremeno provođenje prva dva rješenja.

U razvijenim tržišnim ekonomijama postoje tri glavna modela finansiranja zdravstva. U mnogim kontinentalnim europskim zemljama, kao i u Hrvatskoj, primjenjuje se tzv. model socijalnog osiguranja⁶⁰, u kojemu se sredstva za zdravstvenu zaštitu, ali i penzije, nezaposlenost i druge socijalne rizike – uglavnom prikupljaju preko obaveznih doprinosa koje plaćaju zaposlenici i poslodavci. U modelu nacionalnog zdravstvenog osiguranja koji se, između ostalog, primjenjuje u Velikoj Britaniji, Švedskoj i Kanadi, glavni su izvor sredstava porezni prihodi, a ne namjenski doprinosi za zdravstveno osiguranje. Posljedica toga je činjenica da se zdravstvene vlasti za svoj budžet moraju intenzivno natjecati s drugim korisnicima poreznih prihoda (obrazovanjem, transportom i sl.). Treći se model koristi samo u SAD-u. Neobičan je po tome što je većina radnika i njihovih porodica zdravstveno osigurana kod privatnih osiguravajućih društava preko preduzeća u kojima radi, tako da privatni izvori sredstava čine znatno veći iznos ukupne zdravstvene potrošnje. No čak i SAD ima dva velika programa javnog zdravstvenog osiguranja:

⁵⁸ Vidjeti pod 2.2. zajedno sa bilj. 29.

⁵⁹ H. Salihović, *Prava pacijenata na korištenje zdravstvene zaštite iz perspektive zakonske regulative i realna mogućnost finansiranja istih*, Zdravlje, ljudska prava i reformski procesi, 2009, s. 15.

⁶⁰ Model socijalnog osiguranja često se naziva Bismarckovim modelom, prema najvećem njemačkom državniku 19. stoljeća Ottu von Bismarcku (1815-1898), koji je uveo prvi sistem socijalnog osiguranja u Europi. Taj je sistem obuhvatao zdravstveno, penzijsko i invalidsko osiguranje.

Medicare (za starije osobe) i Medicaid (za siromašne). Ti se programi finansiraju kombinacijom poreznih prihoda i doprinosa na plaće⁶¹.

Političko opredjeljenje u BiH je utemeljiti „nekompetitivan regionalno utemeljen sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja“. Socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva neprofitni i javni sistem osiguranja, koji je uspostavljen zakonom i funkcioniра pod okriljem parlamenta i vlade. Ovaj sistem se ne finansira putem općeg oporezivanja, već putem doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Pod nekompetitivnim sistemom podrazumijeva se odsustvo kompeticije između različitih fondova socijalnog zdravstvenog osiguranja. Regionalno utemeljen znači da u svakoj regiji egzistira po jedan fond. Građani nemaju mogućnost slobodnog izbora fonda zdravstvenog osiguranja u koji će uplaćivati doprinose, niti mogućnost napuštanja osiguranja koje je obavezno za sve građane. Univerzalna pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem jedan je od osnovnih principa sistemskih zakona iz oblasti zdravstva. Zdravstvene usluge koje se ne finansiraju kroz „osnovni paket“ mogu se prepustiti individualnoj odgovornosti građana. Privatnim osiguravajućim društvima će biti dozvoljeno da pokriju dodatne rizike na dobrovoljnoj osnovi ali ne i one usluge koje su već pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Za razliku od koncepta „nekompetitivnog regionalno utemeljenog sistema socijalnog zdravstvenog osiguranja“, privatno/dobrovoljno osiguranje će se utemeljiti kao sistem „kompetitivnih profitnih fondova privatnog zdravstvenog osiguranja“. Ovi fondovi neće imati direktan konkurentski odnos s fondovima obaveznog zdravstvenog osiguranja, jer će uglavnom finansirati različita prava na zdravstvenu zaštitu⁶².

4. Zaključak

Analizom iznesenih podataka dolazi se do zaključka da su ključni problemi zdravstvenog sektora u BiH neujednačen pristup zdravstvenoj zaštiti na cijelom teritoriju BiH, nizak nivo kvaliteta usluga, nedostatak povjerenja stanovništva u zdravstveni sektor i korupcija u zdravstvu. Zastarjela tehnologija i nedostatak sredstava za ulaganje u novu opremu za posljedicu ima nemogućnost pružanja određenih medicinskih usluga, zbog čega su teško oboljeli pacijenti često prinuđeni da ove medicinske usluge traže u inostranstvu, uglavnom o svom trošku. Veliki problem predstavlja i neadekvatan i netransparentan sistem finansiranja, te velika akumulirana uzajamnadugovanja ustanova u sistemu zdravstvene zaštite, kao idugovanja prema dobavljačima, uglavnom za lijekove i medicinska sredstva.

Stoga je jasno da se više ne smije čekati sa reformama i da se pod hitno moraju poduzimati odgovarajuće mjere na uklanjanju ili bar ublažavanju posljedica ovakvog stanja, te stvaranju pretpostavki za budući razvoj cjelokupnog sistema, a na taj način i za veći nivo zdravstvene zaštite stanovništva.

Neke od reformskih mjera sigurno neće ni javnost, ni zaposlenici u zdravstvu dočekati blagonaklono. No, to ne smije biti prepreka za njihovo provođenje, jer će se sistem u protivnom urušiti.

⁶¹ D. Mihaljek, *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća?*, Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji. Izazovi sudjelovanja, 2006, s. (256 i dalje) 290.

⁶² B. Hrabač, *Zdravstvena ekonomika*, Nastavni tekst, 2008, s. 3.

Neophodno je da se u cijelosti počne primjenjivati Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava⁶³ ili da se na drugi način konačno utvrditi osnovni paket prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja će, pod jednakim uslovima, biti dostupna svim osiguranicima bez diskriminacije po bilo kojem osnovu.

Slijedom navedenog, potrebno je jasno definirati iznose ličnog učešća osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite i usluge za koje se plaća participacija.

Novim Zakonom o zdravstvenom osiguranju i podzakonskim aktima koji na osnovu njega budu donijeti, potrebno je stvoriti uslove za uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ono bi trebalo obuhvatati dopunsko zdravstveno osiguranje, kojim bi se pokrивao dio troška do pune cijene zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i dodatno zdravstveno osiguranje kojim bi se osigurao viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Takođe je neophodno promijeniti sistem finansiranja zdravstva na način da se umjesto dosadašnjeg vanbudžetskog primjeni budžetski sistem, povećati transparentnost trošenja sredstava, te uvesti DRG (diagnostic related groups) sistem plaćanja zdravstvenih usluga⁶⁴.

S tim u vezi, potrebno je povećati iznos poreznih prihoda koji se prenose iz budžeta svih nivoa vlasti u sistem finansiranja ukupne zdravstvene potrošnje.

Vežano za pitanje privatizacije u zdravstvu, prvi korak koji bi vlasti u BiH trebali poduzeti bio bi definiranje obima i ciljeva privatizacije.

Takođe bi trebalo podsticati veće učešće privatnih osiguravajućih društava u financiranju troškova zdravstva. To bi dugoročno moglo dovesti do smanjenja stopa doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, što bi smanjilo troškove rada i time omogućilo veće zapošljavanje, a na taj način i veći broj lica za koje bi se uplaćivali doprinosi.

Osim toga, vlasti bi morale ozbiljno razmotriti pitanje finansiranja investicija u zdravstvu i pronaći način da se obnove postojeći i izgrade novi kapaciteti, nabavi nova medicinska oprema i educira kadar.

Nadležni organi bi trebali definirati dugoročnu strategiju razvoja kadrova u zdravstvu i za zdravstvo, te strategiju razvoja obrazovnih kapaciteta za sve ključne profile u zdravstvu. Pri tome se misli kako na medicinsko osoblje, tako i na prateći nemedicinski kadar.

Jedan od prioriteta bi svakako trebao biti i uklanjanje slabosti u poslovanju sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite koje su posljedica nedostatka odgovarajućih upravljačkih i rukovodnih sposobnosti u zdravstvenim ustanovama. To je posljedica činjenice da zdravstvenim ustanovama rukovode ljekari, koji najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustvapotrebnna za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za rukovođenje bolnicama u tržišnim uslovima.

⁶³ Vidjeti pod 2.2. zajedno sa bilj. 29.

⁶⁴ Ovaj sistem podrazumjeva plaćanje po dijagnostičko terapijskom slučaju, pri čemu je slučaj razdoblje od prijema do otpusta iz bolnice, a svi troškovi nastali u tom razdoblju uključeni su u cijenu. Ovakav način plaćanja koristi se u svim zemljama Europske unije.

U borbi protiv korupcije u zdravstvu vlast mora zauzeti odlučniji i energičniji stav i poduzeti puno konkretnije mjere nego što su formalno donošenje Strategije za borbu protiv korupcije i Akcionog plana za njeno provođenje. Potrebno je provesti odgovarajuće mjere prevencije s ciljem uklanjanja uzroka koruptivnog ponašanja, a istovremeno oštro i efikasno sankcionirati korupciju u svim njenim pojavnim oblicima.

Sažetak

Ovaj rad predstavlja kratak pregled sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Autor analizira propise i detektira neka nerješena pitanja u vezi reforme zdravstva. Organizacija i finansiranje zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini su u entitetskoj nadležnosti, dok u Brčko Distriktu egzistira sistem zdravstvene zaštite nezavisan od entiteta. Stoga Bosna i Hercegovina ima 13 ministarstava zdravstva: jedno u Republici Srpskoj, jedno u Brčko Distriktu, jednu u Federaciji Bosne i Hercegovine i po jedno u svakom od 10 kantona u Federaciji. Uprkos brojnim reformskim pokušajima, sistem zdravstvene zaštite praktično se nije mijenjao od 1997. godine. Osnovni problemi zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini su: neujednačen pristup zdravstvenoj zaštiti, nizak nivo kvaliteta zdravstvenih usluga, korupcija, neadekvatan i netransparentan sistem finansiranja, zastarjela tehnologija i nedostatak sredstava za ulaganje u novu opremu. Kada se uzmu u obzir svi akumulirani problemi, više je nego očito da je reforma neophodna.

Summary

This paper represents a brief overview of the health care system in Bosnia and Herzegovina. Author analyzes the legislation, and detects some of the unresolved issues regarding the health care reform. Health care organization and financing in Bosnia and Herzegovina are the responsibility of entities, while Brcko District runs a health care system over which neither entity has authority. Bosnia and Herzegovina, therefore, has 13 ministries of health: one for Republic of Srpska, one for Brcko District, one for the Federation of Bosnia and Herzegovina and ten cantonal ministries in the Federation (one for each canton). Despite a number of reform proposals, health care system remains essentially unchanged since 1997. The main problems of the health sector in Bosnia and Herzegovina are: inequitable access to health care, poor quality of health care services, corruption, inadequate and untransparent system of financing, obsolete technology and lack of funds to invest in new equipment. With all the accumulated problems in mind, it is more than obvious that the reform is necessary.