



centar za humanu politiku  
center for humane politics

**i z v j e š t a j**  
**o napretku u razvoju**  
**osnovnih paketa zdravstvene**  
**zaštite u bosni i hercegovini**

juni 2008. godine



Razvoj, donošenje i primjena osnovnih paketa zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini je zakonska obaveza, dugogodišnja reformska aktivnost i često predizborno obećanje vladajućih političkih stranaka. Zakonska obaveza donošenja osnovnih paketa zdravstvene zaštite u entitetima i Brčko distriktu ostala je nerealizovana u proteklom desetogodišnjem periodu zbog tradicionalne političke neodgovornosti, straha od promjena, antireformskih interesa u strukturama koje sprovode reforme i sporosti u reformi zdravstvenog sektora. Potrošene su godine na razvoju ili pokušaju pronalaženja osnovnih paketa koji bi bili adekvatna zamjena za izgubljeni predratni sistem zdravstvene zaštite, a koji opet ne bi zahtijevali bitnija finansijska sredstva i promjene stečenih navika i interesa. U suštini, građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje od razvoja, donošenja i primjene osnovnih paketa zdravstvene zaštite očekivali su bolju definisanost i ostvarivost prava na zdravstvenu zaštitu, manje razlike zbog nesklada između normiranih prava i dobijenih usluga, uspostavljanje promjenjivog, solidarnijeg i unapredivog sistema zdravstvene zaštite i efekte racionalizacije i preraspodjele troškova zdravstvenog sektora u korist finansiranja prava na zdravstvenu zaštitu.

Ovaj izvještaj je dio projekta «Za bolje pakovanje zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini» i analitičko-istraživačka osnova zagovaračkih projektnih aktivnosti za donošenje prvih i održivih osnovnih paketa zdravstvene zaštite u entitetima i Brčko distriktu. Zagovaračka projektna aktivnost utemeljena je na (1) neizvršenoj zakonskoj obavezi donošenja osnovnih paketa, (2) potrošenom vremenu i novcu na razvoju i pokušaju donošenja osnovnih paketa, (3) činjenici da su ozbiljno ignorisani interesi i prava građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje i (4) rezultatima analitičko-istraživačkog rada, koji pokazuju potrebu i mogućnost donošenja i primjene osnovnih paketa.

U prvom dijelu izvještaja su analitički i drugi sadržaji koji se odnose na ostvareni napredak u razvoju osnovnih paketa u proteklih deset godina, uporedna analiza prava iz zdravstvenog osiguranja u entitetima, Brčko distriktu i zemljama iz okruženja i analiza osnovnih pokazatelja o finansiranju zdravstvene zaštite, demografskom i zdravstvenom stanju i zdravstvenim kapacitetima.

U drugom dijelu izvještaja su rezultati telefonskog anketnog istraživanja, koje je sprovedeno na reprezentativnom uzorku građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje iz Bosne i Hercegovine. Anketnim istraživanjem dobijeni su rezultati o informisanosti građana o pravima iz zdravstvenog osiguranja, korištenju zdravstvene zaštite, zadovoljstvu zdravstvenim uslugama, uočenim promjenama i identifikovanim problemima.

U trećem dijelu izvještaja su preporuke za nadležne institucije, čijom realizacijom bi se trebalo obezbjediti bolje definisanje i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini.

## I zdravstvo bez osnovnog paketa

**Razvoj osnovnih paketa.** Zakonska obaveza donošenja osnovnih paketa zdravstvene zaštite za građane koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje postoji u Federaciji BiH 11 godina, u Republici Srpskoj 9 godina i Brčko distriktu 7 godina. Prema zakonskim odredbama za donošenje osnovnih paketa u Federaciji BiH i Brčko distriktu nadležni su njihovi parlamenti, a u Republici Srpskoj upravni odbor fonda zdravstvenog osiguranja, uz prethodnu saglasnost vlade. Zakonskim odredbama predviđeno je da se osnovnim paketima na precizniji način utvrdi obim prava na zdravstvenu zaštitu građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, uz napomenu da je u Federaciji BiH predviđeno godišnje donošenje osnovnog paketa. Do sada je jedino u Republici Srpskoj 2001. godine bila donesena odluka o minimalnom paketu osnovne zdravstvene zaštite, da bi se nakon šest mjeseci odustalo od njene primjene, zbog uvećanih troškova i drugih problema. U proteklom periodu u entitetima i Brčko distriktu bilo je više pokušaja da se razviju osnovni paketi uz međunarodnu podršku. Od donošenja osnovnih paketa odustajalo se najčešće zbog nemogućnosti ili nespremnosti za obezbjeđenje dodatnih finansijskih sredstava za implementaciju uvećanih prava iz osnovnih paketa.

U vezi sa osnovnim paketom postoji određena konfuzija u teoriji i praksi. Osnovni paket, koji na eksplicitan način definiše uključena i isključena prava na zdravstvenu zaštitu, opisan je u izvještaju Svjetske banke iz 1993. godine, a u praksi postoji u američkoj državi Oregon. U praksi dominiraju drugi, manje eksplicitni modeli osnovnog paketa, uz napomenu da i među njima postoje značajne razlike. U Bosni i Hercegovini govori se o tri vrste mogućih paketa zdravstvene zaštite: (1) minimalni paket prava ili usluga, (2) osnovni paket prava ili usluga i (3) univerzalni paket prava ili usluga. Pod minimalnim paketom uglavnom se podrazumjeva paket prava ili usluga koji bi bio namijenjen za građane koji nemaju zdravstveno osiguranje, pod osnovnim paketom podrazumjeva se paket prava ili usluga koji bi bio namijenjen za građane koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje i pod univerzalnim paketom podrazumjeva se paket prava ili usluga koji bi bio namijenjen za sve građane. U suštini, osnovni paket bi trebao da poboljša pravo na zdravstvenu zaštitu građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje. Za uspješno uvođenje osnovnog paketa trebaju biti ispunjena tri osnovna preduslova: (1) postojanje, osim obaveznog, dopunskog i drugih osiguranja, (2) reformisan zdravstveni sektor i (3) postojanje finansijskog i socijalnog kapaciteta, koji može obezbijediti ostvarivanje prava u skladu sa potrebama građana.

nivo vlasti	razvoj i usvajanje osnovnog paketa		
	dostignuti nivo	usvajanje	prepreke
federacija bih	završena finalna verzija paketa	izvjesno	postoje
republika srpska	obustavljene aktivnosti na razvoju paketa	neizvjesno	postoje
brčko distrikt	početne aktivnosti na razvoju paketa	neizvjesno	postoje

napomena: izvor: ministarstvo zdravstva federacije bih, ministarstvo zdravlja republike srpske i vlada brčko distrikta

Prethodni podaci pokazuju da se u razvoju osnovnih paketa najdalje otišlo u Federaciji BiH, a da su višegodišnje aktivnosti na razvoju osnovnih paketa u Republici Srpskoj i Brčko distriktu gotovo obustavljene. Razvoj osnovnog paketa zdravstvene zaštite u Federaciji BiH nalazi se u završnoj fazi i dio je projekta tehničke pomoći socijalnom osiguranju (SITAP). U 2007. godini izrađen je dokument «Osnovni paket zdravstvenih prava» o kojem je obavljena javna rasprava. Uskoro bi završni tekst osnovnog paketa zdravstvenih prava trebao biti upućen na raspravu kantonalnim ministarstvima zdravstva, a nakon toga u redovnu proceduru na usvajanje federalnoj vladi i parlamentu. Osnovni kvalitet ovog paketa je ujednačavanje prava građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji BiH, a osnovni problem koji može uticati na njegovo usvajanje i primjenu je dodatnih 60 miliona KM, koja nedostaju za njegovu implementaciju. Osim finansijskog problema, treba računati i sa drugim preprekama na putu do usvajanja osnovnog paketa, kao što su (1) različiti kantonalni interesi i opstrukcije, (2) različiti interesi heterogene federalne vladajuće političke strukture i (3) antireformski interes dosta moćnih i uticajnih struktura iz zdravstvenog sektora.

Prema dostupnom izvještaju o napredovanju aktivnosti na razvijanju osnovnog paketa u Republici Srpskoj iz 2007. godine, može se zaključiti (1) da će biti suspendovan rad na razvijanju osnovnog paketa usluga, a da će fokus biti na unaprjeđenju efikasnosti davanja usluga (2) da u Republici Srpskoj već postoji funkcionalan osnovni paket usluga za građane koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje (prava i usluge definisani zakonom i podzakonskim aktima), (3) da će biti razvijen univerzalni osnovni paket usluga i (4) da je potrebno obezbijediti dodatnih od 25% do 47% sredstava za finansiranje uvećanih troškova zdravstvene zaštite po osnovu prava iz univerzalnog osnovnog paketa. Ukoliko zanemarimo vrlo rastegljivo shvatanje osnovnog paketa, može se konstatovati da u Republici Srpskoj možda postoji funkcionalan, ali ne i dovoljno razvijen i sa potrebama građana, koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, usklađen sistem ostvarivanja zdravstvene zaštite i drugih prava.

**Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.** Prava građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje propisana su zakonom i podzakonskim aktima. Ova prava podrazumijevaju pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na novčane naknade i druga prava. U sledećem pregledu dati su uporedni podaci o

postojanju ili nepostojanju osnovnih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini i zemljama iz okruženja.

tabela 1.

rb	vrsta prava iz zdravstvenog osiguranja	bosna i hercegovina			hrvatska	srbija
		fbiH	rs	bd		
1.	pravo na zdravstvenu zaštitu	da	da	da	da	da
1.1	pravo na lijekove	da	da	da	da	da
1.2	pravo na ortopedska pomagala	da	da	da	da	da
2.	pravo na naknadu bolovanja	da	da	da	da	da
3.	pravo na putne troškove	da	ne	da	da	da
4.	pravo na pogrebne troškove	da	ne	da	da	da

napomena: izvor: zakoni o zdravstvenom osiguranju federacije BiH, republike srpske, brčko distrikta, hrvatske i Srbije.

Pravo na zdravstvenu zaštitu je osnovno ili najznačajnije pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u entitetima i Brčko distriktu. Obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini ima oko 75% građana (prije rata 88%). Obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji BiH ima oko 80% građana, a u Republici Srpskoj dvije trećine građana. Problem postojanja neosiguranog stanovništva u Bosni i Hercegovini, koje bi po zakonu trebalo biti obavezno zdravstveno osigurano, je posljedica nefunkcionisanja sistema. Kategorija neosiguranog stanovništva uglavnom dolazi ili ima veze sa (1) privrednim subjektima, koji ne funkcionišu zbog stečaja ili likvidacije, (2) poljoprivredom, koja nema registrovana domaćinstava i utvrđen katastarski prihod na osnovu koga se uplaćuje doprinos, (3) sivom ekonomijom, u kojoj postoje djelatnosti koje zapošljavaju radnike koji nisu obavezno zdravstveno osigurani i (4) određenim ugroženim ili marginalizovanim grupama, koje nisu obuhvaćene socijalnom zaštitom. Za finansiranje prava na zdravstvenu zaštitu utroši se preko 90% sredstava koja se prikupе po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. U entitetima i Brčko distriktu, osim prava na zdravstvenu zaštitu, građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje ostvaruju pravo na naknadu plate za vrijeme bolovanja i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Šira prava, kao što su pravo na putne troškove pri ostvarivanju zdravstvene zaštite i pogrebne troškove, koja su po svom karakteru više socijalna prava, ostvaruju građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji BiH i Brčko distriktu.

U normativnom smislu, prisutan je problem kod definisanja prava na zdravstvenu zaštitu. Sama definicija zdravstvene zaštite je različito normativno regulisana. U Republici Srpskoj zdravstvena zaštita podrazumijeva mjere na unapređenju zdravlja, sprečavanju i suzbijanju bolesti i povreda, ranom otkrivanju oboljenja i blagovremenom liječenju, sprečavanju onesposobljenosti i osposobljavanju za životne i radne funkcije poslije bolesti i povreda. U Srbiji zdravstvena zaštita podrazumijeva medicinske mjere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja, ljekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i provjeravanja zdravstvenog stanja, liječenje oboljelih i povrijeđenih i druge vrste medicinske pomoći, prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba, medicinsku rehabilitaciju u bolničkim i vanbolničkim ustanovama, lijekove, pomoćni materijal koji služi za primjenu lijekova i sanitetski materijal potreban za liječenje, proteze,

ortopedska i druga pomagala, pomoćne i sanitarne sprave, stomato-protetsku pomoć i stomatološke materijale. Druge definicije, kao u Brčko distriktu, pod zdravstvenom zaštitom podrazumijevaju, osim navedenog, i hitnu medicinsku pomoć, prevenciju i suzbijanje zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju, prevenciju i mjere na suzbijanju i liječenju karantinskih bolesti, osiguranje i zaštitu higijensko-epidemiološkog minimuma u svim uslovima življenja, prevenciju malignih oboljenja i side, liječenje od tuberkuloze, medicinske preglede i druge oblike medicinske pomoći u smislu određivanja, praćenja i potvrda zdravstvenog statusa. U Federaciji BiH se pod zdravstvenom zaštitom, osim gore navedenog, podrazumijeva i liječenje akutnih i hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život, zdravstvenu zaštitu djece do navršениh 15 godina, zdravstvenu zaštitu redovnih učenika i studenata, zdravstvenu zaštitu duševnih bolesti, oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, provođenje obavezne imunizacije protiv dječijih zaraznih bolesti, liječenje narkomanije i služba prikupljanja krvi. U Hrvatskoj se pod zdravstvenom zaštitom podrazumijeva primarna zdravstvena zaštita, specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, bolnička zdravstvena zaštita i pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, kao i kućne posjete za akutna stanja, kućno liječenje, patronažna zdravstvena zaštita, hemo i radio terapija i zdravstvena zaštita u vezi sa transplatacijom organa. Takođe je zanimljivo da se u Crnoj Gori u okviru normativne definicije zdravstvene zaštite posebno ističe liječenje van republike i u inostranstvu.

Ovako široko i neprecizno definisana zdravstvena zaštita svakako otežava i definisanje prava na zdravstvenu zaštitu, pogotovo kad se utvrđuje obim prava koji je garantovan kao zdravstveni standard svim osiguranim licima i pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Ako tome dodamo da sva osigurana lica imaju jednaka zakonska prava na zdravstvenu zaštitu, da država treba da vodi računa i da utvrđuje prioritete kao grupe i mjere koje zbog posebnog socioekonomskog i sociomedicinskog statusa imaju određene beneficije i pogodnosti, ako dodamo vrlo ograničena sredstva i akcenat na promociji zdravlja i prevenciji bolesti, onda postaje jasnije zbog čega je teško doći u praksi do ostvarenja jednog od ciljeva zdravstvene politike: smanjenja nejednakosti u ostvarivanju prava i preduzimanju mjera za unaprjeđenje zdravlja i prevenciju bolesti.

Usklađivanje potreba za zdravstvenom zaštitom sa mogućnostima finansiranja, zavisno od ostvarenih sredstava za zdravstvenu zaštitu, proizvelo je potrebu za razvijanjem instrumenta zvanog «paket usluga» ili «osnovni obim prava» (Republika Srpska), «osnovni paket usluga» (Brčko distrikt) i »paket zdravstvenih prava« (Federacija BiH), kojim bi se definisao obim usluga ili prava koji bi se mogao finansirati saglasno raspoloživim sredstvima. Prvi paket usluga definisao je Winslow 1952. godine, a obuhvatao je mjere unaprjeđenja zdravlja, sanitaciju životne sredine, kontrolu zaraznih bolesti, organizaciju medicinske i sestrinske službe za ranu dijagnostiku i prevenciju bolesti. Kao model osnovnog paketa zdravstvenih usluga mnoge zemlje uzimaju minimum mjera definisanih u

deklaraciji Svjetske zdravstvene organizacije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja pored mjera za unapređenje ishrane, vodosnabdjevanja i sanitacije sredine, obuhvata i zdravstvenu zaštitu majke i djeteta, uključujući i planiranje porodice, imunizaciju, prevenciju i kontrolu endemskih bolesti, odgovarajući tretman najčešćih oboljenja i povreda, unapređenje mentalnog zdravlja i obezbjeđenje osnovnih lijekova. Kriteriji za definisanje osnovnog paketa su efikasnost i efektivnost u okviru raspoloživih sredstava.

Interesantno je napomenuti i neka zakonska rješenja, po kojim se zdravstveni pregledi ne smatraju zdravstvenom zaštitom i samim tim se ne finansiraju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Tako naprimjer, u Republici Srpskoj zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u srednje i više škole, fakultete i kurseve, dobijanja vozačke dozvole, sudskih i drugih sporova, upućivanja na rad i putovanja u inostranstvo ne smatraju se zdravstvenom zaštitom. U Crnoj Gori pod zdravstvenom zaštitom ne podrazumjevaju se medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti. U Brčko distriktu postoji zakonska odredba po kojoj zdravstvena zaštita ne uključuje usluge koje nemaju za cilj poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika. Smisao ovih odredbi je da se ove zdravstvene usluge naplate direktno od stanovništva ili poslodavaca. Inače, ako se izuzmu ovi zdravstveni pregledi, odnosno isključene zdravstvene usluge, sve drugo što podrazumijeva zdravstvenu zaštitu finansira se iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu. Postoje rješenja, kao u Hrvatskoj, da se određene zdravstvene usluge plaćaju od strane osiguranja u 100%, 85%, 75%, 70% ili 25% iznosu. Takođe, postoje i zakonska rješenja u Crnoj Gori, po kojima obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva ili ne plaća određene zdravstvene usluge, kao što su zahvati estetske i rekonstruktivne hirurgije, vještačka oplodnja, hirurško liječenje gojaznosti, liječenje medicinskih komplikacija koji nastaju kao posljedica korištenja zdravstvene zaštite van standarda i specifična zdravstvena zaštita zaposlenih. Većina ovih zdravstvenih usluga nije ni u drugim zdravstvenim sistemima finansirana iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Postojeća zakonska regulativa utiče na to da se ne zna decidno koje standarde zdravstvene zaštite i koje zdravstvene usluge pokriva obavezno zdravstveno osiguranje, tako da se često osiguranim licima i stanovništvu naplaćuju i usluge koje se ne bi trebale plaćati od strane korisnika. Ovaj se problem, osim kvalitetnijeg i preciznijeg normativnog regulisanja, može preduprijediti sa bolje informisanim i edukovanim pacijentima o njihovim pravima. Takođe, jedan od instrumenata zaštite prava osiguranika jeste refundacija troškova koje je osiguranik imao prilikom pružanja zdravstvene usluge, ako mu zdravstvena ustanova nije obezbijedila punu zdravstvenu zaštitu u bilo kom pogledu (nedostatak određenih lijekova, sanitetskog materijala, nemogućnost ostvarenja dijagnostičkih procedura, nedostatak ugradbenog materijala i slično).

Pravo na ortopedsku i druga pomagala, kao dio prava na zdravstvenu zaštitu, preciznije je uređeno i definisano kroz podzakonska akta. Tako, u pravilnicima o

pravu na ortopedska i druga pomagala u Republici Srpskoj, Srbiji i Hrvatskoj precizno su normativno uređeni pravo na ortopedska pomagala, svrha obezbjeđivanja pomagala, standardni materijali, kvalitet i cjenovni standard, postupak propisivanja i odobravanja pomagala, vrste, indikacije, rokovi trajanja i postupak odobravanja, kontrole i vraćanja pomagala, zaključivanje ugovora sa isporučiocima, protetisanje i naknada štete. Zbog velikih troškova koje imaju fondovi ili zavodi osiguranja, sve se više ide ka rješenju povrata pomagala i izdavanju korištenih pomagala, uz saglasnost osiguranika.

Pravo na lijekove, kao dio prava na zdravstvenu zaštitu, uzimajući u obzir porast broja oboljelih, savremene terapijske pristupe bolesti, ekspanziju farmaceutske industrije i težnju fondova ili zavoda osiguranja da kroz povećan obim prava obezbijede što više lijekova za svoje osiguranike, svakako je vrlo značajno pravo iz zdravstvenog osiguranja. Pravo na lijekove se obezbjeđuje tako što se definišu liste lijekova u domovima zdravlja, liste lijekova u bolnicama i takozvane pozitivne liste lijekova, za receptirane lijekove. Cilj svakog pristupa formulisanju listi lijekova treba da bude proširenje prava osiguranika na lijekove, povećanje snabdjevenosti i dostupnosti kvalitetnih, sigurnih i efikasnih lijekova i racionalizaciji propisivačke prakse. Trend povećanja potrošnje lijekova u svijetu za 10% do 15% i značajna sredstva koja se izdvajaju za potrošnju lijekova (u Republici Srpskoj oko 26 miliona u prethodnoj godini), zahtijevaju stalno nove pristupe u definisanju lista lijekova. Tako naprimjer, u Republici Srpskoj je pozitivna lista podijeljena na podliste A, B i C. Lista A je najobuhvatnija i finansira se iz obaveznog osiguranja (osiguranici plaćaju samo participaciju, ukoliko nisu oslobođeni), lista B podrazumijeva da fond plaća 50%, a osiguranik 50% cijene lijeka i lista C podrazumjeva učešće osiguranog lica u cijeni lijeka sa 85%. U Federaciji BiH, građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje imaju pravo na korištenje lijekova sa lista. Na nivou Federacije BiH postoji bolnička lista lijekova koji se finansiraju sredstvima fonda solidarnosti. Na nivou kantona postoje esencijalne liste lijekova koji se izdaju na recept, sa različitim učešćem u finansiranju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u zavisnosti od kantona (100%, 50%, 30% i 20%). Takođe, u nekim kantonima postoje posebne ampularne i magistralne liste lijekova. Svaki lijek, koji ima režim izdavanja na recept, treba da dobije dozvolu za plasiranje na tržištu od strane regulatornih agencija (agencije za lijekove) i referentne cijene, koje su najniže na tržištu za lijek određenog generičkog naziva. Najčešći problemi koji se javljaju kod ostvarivanja ovog prava je nedostatak potrebnih lijekova sa listi koje pokriva osiguranje u domovima zdravlja i bolnicama, kao i nedostatak lijekova u apotekama sa najnižim referentnim cijenama, tako da osiguranici često moraju da doplaćuju za skuplje lijekove istog generičkog naziva, od drugog proizvođača.

Pravo na liječenje u inostranstvu građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini, podrazumjeva pravo korištenja zdravstvenih usluga koje se ne mogu dobiti u zdravstvenim ustanovama u entitetima i Brčko distriktu. Fondovi ili zavodi zdravstvenog osiguranja ove usluge uglavnom ugovaraju sa zdravstvenim ustanovama u Srbiji i Hrvatskoj. Pravilnicima su



regulisane procedure i način odobravanja slanja na liječenje u inostranstvo. Prema podacima fonda zdravstvenog osiguranja iz Republike Srpske postoji 235 usluga koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u ovom entitetu. U 2006. godini zdravstvene usluge van Republike Srpske koristilo je 18466 osiguranika, za što je plaćeno 25,1 miliona KM (oko 10% godišnjih prihoda fonda). Građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje po nekada nisu u mogućnosti da ostvare ovo pravo, zbog toga što (1) se skupe operacije ili druge zdravstvene usluge ne rade u zemljama sa kojima postoje ugovori, (2) tražene zdravstvene usluge nisu pokrivene zdravstvenim osiguranjem i (3) postoji neinformisanost i birokratske ili druge prepreke u procesu odlučivanja o ostvarivanju ovog prava.

**Finansiranje zdravstvene zaštite.** Centralno pitanje funkcionisanja i ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu je njeno finansiranje sa aspekta mogućnosti, solidarnosti i učešća budžetskih ili fondovskih sredstava. Sledeći pregled sadrži podatke o vrijednosti bruto društvenog proizvoda, ukupnim troškovima zdravstvenog sektora i prosječnim troškovima po stanovniku u Bosni i Hercegovini i zemljama iz okruženja.

tabela 2.

god	bosna i hercegovina								hrvatska			srbija			
	ukupno			fbih		rs		bd		bdp	tzs	pts	bdp	tzs	pts
	bdp	tzs	pts	tzs	pts	tzs	pts	tzs	pts						
2004	15786	1486	387	981	422	466	317	39	519	54649	np	np	38460	np	np
2005	16928	1586	413	1036	446	505	341	45	598	61166	np	np	41155	np	np
2006	19707	1825	475	1172	504	606	407	47	623	66529	3872	872	49261	3536	469

napomena: izvor: agencije za statistiku i nacionalni obračuni za zdravstvo; vrijednost bruto društvenog proizvoda u milionima konvertibilnih maraka (bdp); ukupni troškovi zdravstvenog sektora u milionima konvertibilnih maraka (tzs); prosječni troškovi po stanovniku u konvertibilnim markama (pts)

Prethodni podaci pokazuju da troškovi zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini iznose oko 9,3% bruto društvenog proizvoda (u Hrvatskoj 5,8%, a u Srbiji 7,2% bruto društvenog proizvoda) i da su u navedenom trogodišnjem periodu imali trend rasta približan rastu bruto društvenog proizvoda. U posmatranom trogodišnjem periodu rast ukupnih troškova zdravstvenog sektora u Federaciji BiH i Brčko distriktu iznosio je oko 20%, a u Republici Srpskoj oko 30%. Podaci pokazuju da postoji značajna razlika u prosječnim troškovima po stanovniku između entiteta i Brčko distrikta: najmanji su troškovi u Republici Srpskoj, dok su u Federaciji BiH ovi troškovi bili veći u 2006. godini za 24% i u Brčko distriktu za 53%, od troškova u Republici Srpskoj. U odnosu na zemlje iz okruženja, troškovi zdravstvene zaštite po stanovniku su približno isti u Bosni i Hercegovini i Srbiji, dok su u Hrvatskoj veći za 84%. Povećana izdvajanja za zdravstvenu zaštitu, odnosno povećani troškovi zdravstvenog sektora ne znače i da se povećao obim izvršenih usluga, poboljšao kvalitet zdravstvene zaštite i poboljšao zdravstveni status stanovništva. Povećana izdvajanja za zdravstvenu zaštitu rezultat su više sredstava u zdravstvenim ustanovama, zbog povećanih osnova za obračun doprinosa, poboljšane naplate doprinosa, povećanih budžetskih izdvajanja u zdravstveni sektor i blagog rasta standarda stanovništva. Ova sredstva su uglavnom utrošena za finansiranje funkcionisanja zdravstvenih

ustanova, zarade zaposlenih, obezbjeđivanje lijekova i sanitetskog materijala, nabavku energenata i slično. Osim pozitivnih efekata povećanja troškova za zdravstvenu zaštitu, značajan dio povećanja troškova odnosi se na finansiranje predimenzioniranih zdravstvenih kapaciteta u smislu broja zaposlenih, neracionalne mreže zdravstvene zaštite i skupog tekućeg i investicionog održavanja bolničkog sektora. Dakle, povećano izdvajanje za zdravstvenu zaštitu uglavnom nije uticalo na povećan obim i kvalitet zdravstvenih usluga.

Sledeći pregled sadrži strukturu izvora prihoda za finansiranje zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini.

tabela 3.

god	bosna i hercegovina															
	ukupno				federacija bih				republika srpska				brčko distrikt			
	up	fzo	bp	op	up	fzo	bp	op	up	fzo	bp	op	up	fzo	bp	op
2004	1486	789	57	640	981	578	32	371	466	203	5	258	39	8	20	11
2005	1586	809	50	727	1036	593	22	421	505	205	7	293	45	11	21	13
2006	1825	933	66	826	1172	665	30	477	606	257	15	334	47	11	21	15

napomena: izvor: nacionalni obračun za zdravstvo i fondovi (zavodi) zdravstvenog osiguranja; ukupni prihodi zdravstvenog sektora u milionima konvertibilnih maraka (up); prihodi od fondova ili zavoda zdravstvenog osiguranja u milionima konvertibilnih maraka (fzo); budžetski prihodi u milionima konvertibilnih maraka (bp); ostali prihodi u milionima konvertibilnih maraka (op)

Prethodni podaci pokazuju da fondovski prihodi u finansiranju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini učestvuju sa 51%, a budžetski sa 4%. Fondovski prihodi u finansiranju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenog sektora u Federaciji BiH učestvuju sa 56%, Republici Srpskoj sa 42% i Brčko distriktu sa 24%. Budžetski prihodi u finansiranju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenog sektora u Federaciji BiH i Republici Srpskoj učestvuju sa 3%, a u Brčko distriktu sa 45%.

Sledeći pregled sadrži podatke o strukturi izvora finansiranja ukupnih troškova zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini.

tabela 4.

god	bosna i hercegovina											
	ukupno			federacija bih			republika srpska			brčko distrikt		
	jif	sg	smp	jif	sg	smp	jif	sg	smp	jif	sg	smp
2004	847	618	21	612	352	17	207	255	4	28	11	0,3
2005	859	704	23	615	401	20	212	291	3	32	12	0,3
2006	999	802	24	695	457	20	271	331	4	33	14	0,3

napomena: izvor: nacionalni obračun za zdravstvo; javni izvori finansiranja u milionima konvertibilnih maraka (jif); sredstva građana u milionima konvertibilnih maraka (sg); sredstva međunarodne pomoći u milionima konvertibilnih maraka (smp)

Prethodni podaci pokazuju da su 2006. godine u Bosni i Hercegovini ukupni troškovi zdravstvenog sektora finansirani iz javnih izvora sa 55%, sredstvima

građana sa 44% i sredstvima međunarodne pomoći sa 1%. Postojale su značajnije razlike u strukturi izvora finansiranja zdravstvenog sektora između entiteta i Brčko distrikta u 2006. godini, tako da su iz javnih izvora ovi troškovi u Brčko distriktu finansirani sa 70%, u Federaciji BiH sa 59% i u Republici Srpskoj sa 45%. U posmatrane tri godine uočen je trend laganog smanjenja učešća javnih izvora u finansiranju troškova zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini. Ovi podaci pokazuju da građani u prosjeku plaćaju 44% troškova zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, uz napomenu, da građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje imaju nešto manje učešće u finansiranju zdravstvene zaštite ličnim sredstvima.

Posebno je zabrinjavajući nepovoljan odnos troškova zdravstvenog sektora koji se finansiraju iz javnih izvora i sredstava građana u Bosni i Hercegovini. Ovaj odnos je nepovoljniji u Republici Srpskoj, gdje direktna plaćanja građana za zdravstvene usluge iznose 55 % od ukupnih troškova zdravstvenog sektora. Ovi podaci ukazuju da je potrebno obezbijediti mehanizme kako bi se kroz javni sektor izdvajalo više sredstva za zdravstvenu zaštitu, a ne da težište sistema bude na ekonomskoj snazi i moći pojedinca. Ovo znači da bi trebalo preispitati i ulogu participacije, kao jednog od načina direktnog plaćanja, u sistemu zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Naime, poznato je da participacija u ekonomski slabo razvijenim zemljama i zemljama u tranziciji, ne ostvaruje svoje osnovne funkcije da sufinansira zdravstveni sektor i da odvrća od prekomjernog korištenja zdravstvene zaštite. Takođe, podatak da su građani Bosne i Hercegovine za direktna plaćanja zdravstvenih usluga u 2006. godini izdvojili 802 miliona KM, osnažuje potrebu uvođenja dopunskog i privatnog zdravstvenog osiguranja. Uvođenjem proširenog i dopunskog osiguranja, osim dosadašnjih zakonskih deklarativnih opredjeljenja, omogućilo bi da se teret direktnih plaćanja prenese na zdravo stanovništvo, a ne samo na bolesne i povrijeđene.

**Zdravstveni kapaciteti.** Stanje zdravstvenih kapaciteta u jednoj zemlji utiče na obim i kvalitet zdravstvene zaštite građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje. Sledeći pregled sadrži podatke o zaposlenim u oblasti zdravstva i socijalne zaštite, broju ljekara, ostalog medicinskog osoblja, bolnica i bolničkih kreveta, prijemu pacijenata na bolničko liječenje i prosječnom broju dana ležanja u bolnici.

tabela 5.

zemlja	bzz	na 100000 stanovnika						gppbl	pdbl
		ljekar	stom	farm	meds	boln	bolkr		
bih	43335	146	18	10	450	0.9	314	7,9	10,3
hrvatska	91341	244	69	53	504	1,8	561	16,2	11
srbija	157080	268	47	24	603	0,4	599	9,3	12.1
eu	51808	343	62	78	779	3,2	611	18,5	9.5

**napomena:** izvor: agencije za statistiku i fondovi (zavodi) zdravstvenog osiguranja; ukupan broj zaposlenih u zdravstvu i socijalnoj zaštiti, za eu korišten podatak za sloveniju (bzz); ljekara (ljekar); stomatologa (stom); farmaceuta (farm); medicinskih sestara (meds); bolnica (boln); bolničkih kreveta (bolkr); godišnji prijem pacijenata na bolničko liječenje na 100 stanovnika (gppbl); prosječan broj dana ležanja u bolnici (pdbl)

Prethodni podaci pokazuju da je Bosna i Hercegovina u oblasti zdravstva u značajnom zaostajanju po ljudskim i materijalnim resursima u odnosu na zemlje iz okruženja, a posebno u odnosu na Evropsku uniju. Ovakvo stanje ljudskih i materijalnih resursa ima negativan uticaj na kvalitet i dostupnost zdravstvene zaštite za građane koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini. Započeti projekat porodične medicine u Bosni i Hercegovini mogao bi značajnije umanjiti negativne posljedice zaostajanja u ljudskim i materijalnim resursima, jer bi se trebalo smanjiti korištenje bolničkih kapaciteta i specijalističkih konsultacija, racionalizovati propisivanje lijekova i povećati kvalitet dobijenih zdravstvenih usluga.

**Demografsko i zdravstveno stanje.** Demografsko, socioekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva jedne zemlje dobar su indikator stanja zdravstvene zaštite. Sledeći pregled sadrži određene demografske i zdravstvene podatke o stanovništvu u Bosni i Hercegovini, zemljama iz okruženja i Evropskoj uniji.

tabela 6

zemlja	stanovništvo								učešće u morbiditetu				
	0-15	>65	grs	otž	fem	fer	nat	mor	kvb	npp	knp	nnp	nors
bih	24	6	1,1	73	1,02	1,3	9,1	15	30	20	11	7	4
hrvatska	16	16	-2,9	75	1,08	1,3	8,9	6	27	23	16	6	4
srbija	16	17	0,1	73	1,01	1,6	10,7	10	29	20	13	5	4
eu	17	16	0,4	78	np	1,5	10	4,6	17	27	17	6	7

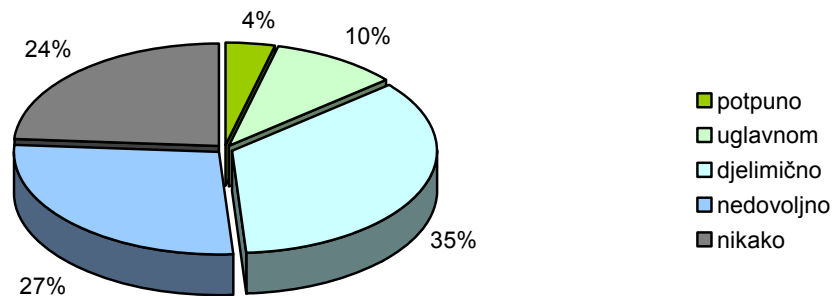
**napomena:** izvor: agencije za statistiku; stanovništvo do 15 godina u % (0-15); stanovništvo preko 65 godina u % (>65); godišnji rast stanovništva u % (grs); očekivano trajanje života u godinama (otž); stopa feminiteta (fem); stopa feriliteta (fer); stopa nataliteta (nat); stopa infanilitnog mortaliteta (mor); kardiovaskularne bolesti u % (kvb); neuropsihijatrijski poremećaji u % (npp); kancerogene neoplazme u % (knp); nenamjerne povrede u % (nnp); nezarazna oboljenja respiratornog sistema u % (nors)

Prethodni podaci pokazuju da Bosna i Hercegovina, u odnosu na zemlje iz okruženja i Evropsku uniju, ima znatno manje učešće stanovništva starijeg od 65 godina u ukupnom stanovništvu, manje očekivano trajanje života i veću stopu infantilnog mortaliteta. Polovina stanovništva u Bosni i Hercegovini je izrazito siromašna, jer se njih 20% nalazi ispod i 30% tek nešto iznad granice siromaštva. Čak 16% bosanskohercegovačkog stanovništva živi ili preživljava sa 4 KM dnevno. Zdravstveno stanje stanovništva u Bosni i Hercegovini, zbog posljedica rata, socioekonomske situacije, nezaposlenosti, migracija, nezdravog načina života i dugotrajnog postraumatskog stresnog poremećaja, bilo je konituirano ugrožavano. Stanovništvo u Bosni i Hercegovini najčešće boluje od kardiovaskularnih bolesti (smrtnost 26%), cerebrovaskularnih oboljenja (smrtnost 19%), raka pluća (smrtnost 5%), dijabetesa (smrtnost 2%), raka jetre (smrtnost 2%), ciroze jetre (smrtnost 2%) i raka crijeva (smrtnost 2%). Kancer je uzrok 11% ukupnog morbiditeta u Bosni i Hercegovini. Mentalno zdravlje i neuropsihijatrijski poremećaji učestvuju sa 20% u ukupnom morbiditetu, dok je prevalenca mentalnog poremećaja oko 2%. Nezarazne bolesti dominiraju epidemiološkim profilom u Bosni i Hercegovini, dok su zarazne bolesti i dalje prisutne u dosta velikom procentu. Infektivna i parazitska oboljenja učestvuju sa 2% u ukupnom morbiditetu. U Bosni i Hercegovini se registruje 46 slučajeva tuberkuloze na 100000 stanovnika (u Evropskoj uniji 13), 3 slučaja side na 100000 stanovnika i

po jedan slučaj gonoreje i sifilisa na 100000 stanovnika. Rizik od faktora prevalenca kod odraslih pušača je 38%, a duvan je uzročnik 21% bolesti u ukupnom morbiditetu. Ukupna potrošnja alkohola je 10 litara po osobi godišnje, a konzumiranje alkohola uzrokuje oko 4% bolesti u ukupnom mortalitetu. Ilegalna konzumacija droge uzročnik je 0,5% morbiditeta u Bosni i Hercegovini.

## II građani o zdravstvu

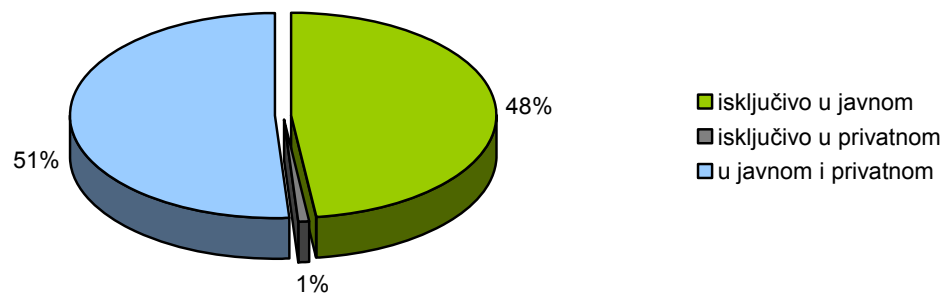
**Informisanost o pravima iz zdravstvenog osiguranja.** Informisanost građana o pravima iz zdravstvenog osiguranja bitan su preduslov za ostvarivanje zdravstvene zaštite. Samo potpuno ili zadovoljavajuće informisani građani mogu (1) znati koja su njihova stvarna prava na zdravstvenu zaštitu, (2) imati sposobnost da ocijene ostvarivost tih prava, (3) zatražiti zaštitu svojih prava i (4) izbjeći inferiornost u odnosu na davaoca usluga zdravstvene zaštite. Na pitanje koliko su građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini informisani o pravima na zdravstvenu zaštitu, dobijeni su sledeći rezultati.



Prethodni rezultati pokazuju da je samo 4% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini potpuno informisano o svojim pravima na zdravstvenu zaštitu ili da je oko jedna trećina ovih građana zadovoljavajuće informisana o pravima na zdravstvenu zaštitu. Polovina građana koji imaju zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini je nedovoljno ili nikako informisana o svojim pravima na zdravstvenu zaštitu, a oko dvije trećine ovih građana nezadovoljavajuće je informisano o pravima na zdravstvenu zaštitu. Pretpostavlja se da bi ovi rezultati bili još lošiji kada bi se testirala stvarna informisanost ili znanje građana koji imaju zdravstveno osiguranje o njihovim pravima na zdravstvenu zaštitu. Rezultati pokazuju da ne postoje značajnije razlike u informisanosti građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje o pravima na zdravstvenu zaštitu između entiteta i Brčko distrikta, kao i da postoje manje razlike u informisanosti građana s obzirom na pol, mjesto stanovanja,

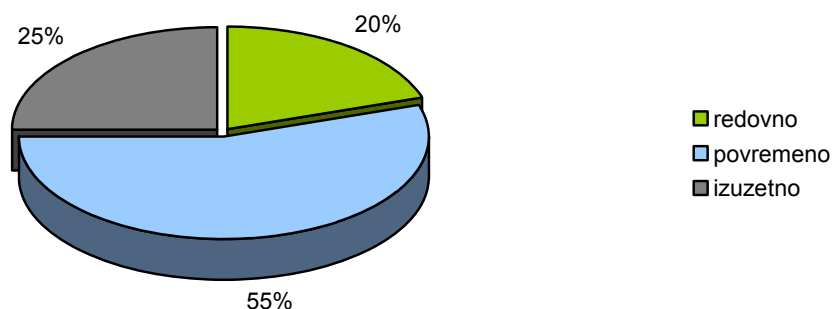
starosnu dob i socijalni status. O zakonskim pravima osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu manje su informisane žene od muškaraca, stanovnici sela od stanovnika grada, stariji od 60 godina od mlađih i siromašniji od bogatijih.

**Korištenje zdravstvene zaštite.** Na pitanje da li su građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u proteklih deset godina koristili zdravstvenu zaštitu u javnom ili privatnom sektoru, dobijeni su sledeći rezultati.



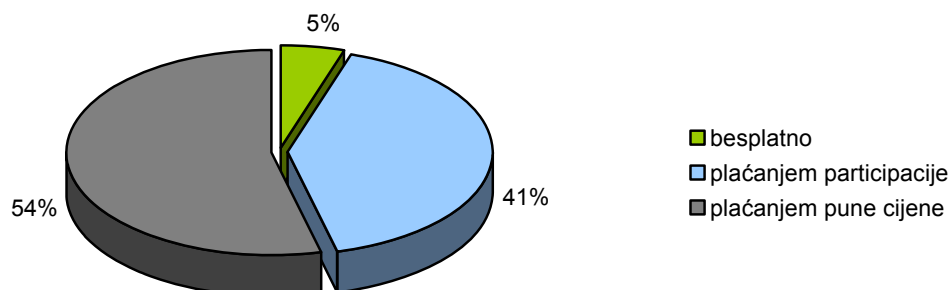
Prethodni rezultati pokazuju da je u proteklih deset godina samo 48% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje koristilo zdravstvenu zaštitu isključivo u javnom sektoru, a da je 52% ovih građana koristilo zdravstvenu zaštitu i u javnom i u privatnom sektoru. Rezultati takođe pokazuju da postoje određene razlike u korištenju zdravstvene zaštite u javnom i privatnom sektoru između građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje s obzirom na njihovu starosnu dob i socijalni status. Zdravstvenu zaštitu u javnom sektoru više koriste stariji i siromašniji građani koji imaju zdravstveno osiguranje. Razlozi za korištenje zdravstvene zaštite u privatnom sektoru od strane više od polovine građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje mogli bi biti predmet posebnog istraživanja, a mogući razlozi su (1) nemogućnost dobijanja odgovarajuće ili brze usluge u javnom sektoru, (2) nepovjerenje u davaoce određenih usluga u javnom sektoru ili (3) interesna sprega pojedinaca iz javnog i privatnog sektora. Ovaj rezultat je vrlo indikativan, jer pokazuje da građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini imaju problem (1) da u potpunosti ostvare svoja prava na zdravstvenu zaštitu u javnom sektoru, (2) da su prinuđeni da izdvajaju dodatna sredstva za troškove korištenja zdravstvene zaštite koja bi trebala biti pokrivena zdravstvenim osiguranjem i (3) da bi trebalo ozbiljno razmotriti mogućnost da osigurana lica ostvaruju prava na zdravstvenu zaštitu i u privatnom sektoru.

Na pitanje da li će građani koji imaju zdravstveno osiguranje zatražiti ili koristiti zdravstvenu zaštitu redovno, povremeno ili izuzetno, s obzirom na dodatne lične troškove u vezi sa tim, dobijeni su sledeći rezultati.



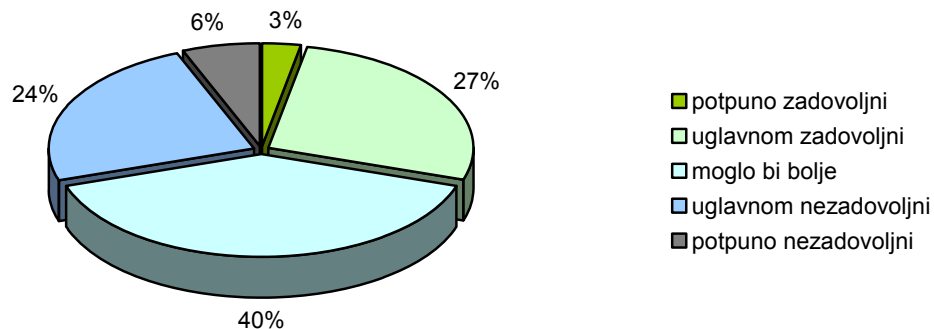
Prethodni rezultati pokazuju da će samo 20% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje zatražiti i koristiti zdravstvenu zaštitu ne vodeći računa o dodatnim ličnim troškovima u vezi sa korištenjem tih usluga. Čak 80% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje zatražiće i koristiće zdravstvenu zaštitu povremeno ili izuzetno, jer vodi računa o dodatnim ličnim troškovima u vezi sa korištenjem tih usluga. Jedna četvrtina građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje zatražiće i koristiće zdravstvenu zaštitu samo izuzetno kad im je ugrožen život, jer uglavnom nisu u mogućnosti da plate dodatne troškove zdravstvene zaštite, koji nisu pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Rezultati takođe pokazuju da postoje manje razlike u pogledu redovnosti korištenja zdravstvene zaštite između građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje s obzirom na mjesto stanovanja, starosnu dob i socijalni status. Zdravstvenu zaštitu neredovnije će koristiti stanovnici sela u odnosu na stanovnike grada, stariji u odnosu na mlađe i siromašniji u odnosu na bogatije.

Na pitanje da li građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje mogu ostvariti pravo da preglede, bolničko liječenje i druge zdravstvene usluge dobiju besplatno ili plaćanjem participacije, svi su odgovorili potvrdno. Na pitanje kako građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje nabavljaju propisane lijekove u apotekama, dobijeni su sledeći odgovori.



Prethodni rezultati pokazuju da samo 46% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje mogu ostvariti pravo na nabavku ili kupovinu lijekova besplatno ili plaćanjem participacije, dok 54% građana koji imaju zdravstveno osiguranje plaćaju punu ili veći dio cijene za propisane lijekove. Rezultati takođe pokazuju da ne postoje značajnije razlike u ostvarivanju prava kod nabavke propisanih lijekova između građana koji imaju zdravstveno osiguranje s obzirom na njihov pol, mjesto stanovanja, starosnu dob i socijalni status. Ovi rezultati takođe pokazuju da više od polovine potreba za lijekovima građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u Bosni i Hercegovini nije pokriveno osiguranjem u potpunosti li većim dijelom. Problem nedostupnosti lijekova sa lista građanima koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje uglavnom je posljedica (1) izbjegavanja propisivanja lijekova sa lista od strane ljekara, (2) nepostojanja ovih lijekova na zalihama u apotekama i (3) neinformisanosti građana o mogućnosti nadoknade za kupovinu zamjenskih lijekova.

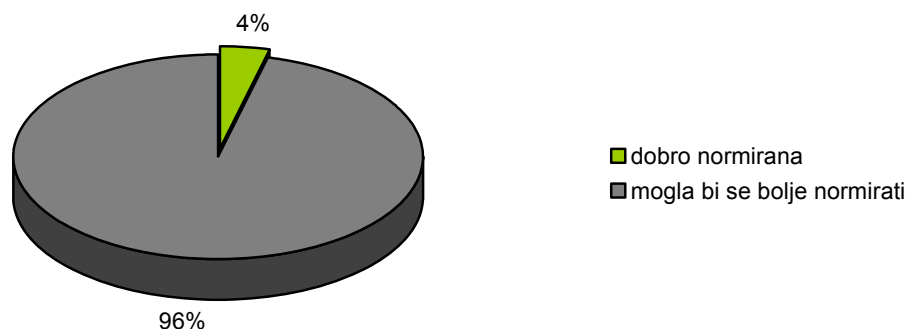
**Zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom.** Na pitanje koliko su građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje zadovoljni zdravstvenom zaštitom u javnom sektoru, dobijeni su sledeći rezultati.



Prethodni rezultati pokazuju da je samo 30% građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u potpunosti ili uglavnom zadovoljno zdravstvenom zaštitom u javnom sektoru. Zanimljivo je da je isti procenat onih koji su u potpunosti ili uglavnom nezadovoljni, uz napomenu da bi se u relativno nezadovoljne moglo svrstati i onih 40%, koji smatraju da bi zdravstvene usluge u javnom sektoru mogle biti bolje. Rezultati takođe pokazuju da postoje manje razlike u pogledu zadovoljstva zdravstvenom zaštitom u javnom sektoru između građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje s obzirom na pol, starosnu dob i socijalni status. Zdravstvenom zaštitom u javnom sektoru su nezadovoljniji muškarci nego žene, mlađi nego stariji i bogatiji nego siromašniji.

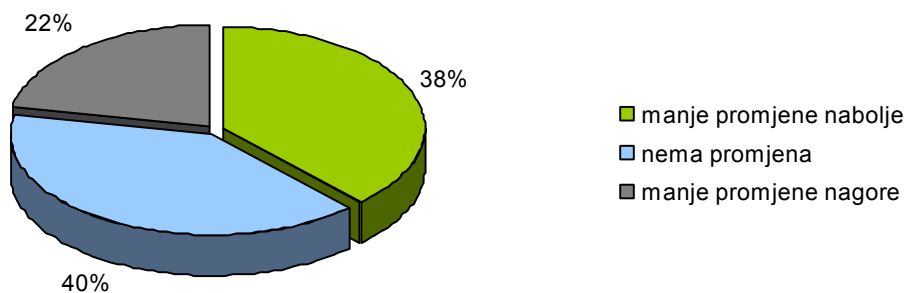
Na pitanje smatraju li građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje da su njihova zakonska prava na zdravstvenu zaštitu dobro normirana ili da bi se mogla bolje normirati, dobijeni su sledeći rezultati.





Prethodni rezultati pokazuju određeno nezadovoljstvo građana koji imaju zdravstveno osiguranje sadašnjim zakonskim pravima na zdravstvenu zaštitu, jer velika većina ovih građana smatra da se njihova prava na zdravstvenu zaštitu mogu bolje zakonski normirati.

**Bolje ili gore.** Na pitanje da li su građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje u proteklih deset godina primijetili promjene u ostvarivanju njihovih prava na zdravstvenu zaštitu, dobijeni su sledeći rezultati.



Prethodni rezultati pokazuju da 62% građana, koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, smatra da nema promjena ili da postoje manje promjene nagore u oblasti ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u proteklih deset godina u Bosni i Hercegovini, dok je njih 38% primijetilo manje promjene nabolje. Zanimljivo je da niko od građana, koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, nije primijetio značajnije promjene nabolje ili nagore u ovoj oblasti. Rezultati takođe pokazuju da postoje manje razlike u pogledu uočenih promjena između građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje s obzirom na pol, mjesto stanovanja, starosnu dob i socijalni status. Promjene nabolje u oblasti ostvarivanja njihovih prava na zdravstvenu zaštitu nešto više su primjetili

muškarci nego žene, stanovnici grada nego stanovnici sela, stariji nego mlađi i bogatiji nego siromašniji.

**Ozbiljni problemi.** Građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje identifikovali su više problema koji utiču na njihovo zadovoljstvo i mogućnost ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu. U nastavku su rangirani problemi po učestalosti sa opisom, koje su identifikovali građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje.

identifikovani problemi		
rang	naziv	opis
1	lijekovi	generalno skupi lijekovi, većina potrebnih lijekova plaća se po punoj cijeni, nedovoljna obuhvaćenost lijekova listama, izbjegavanje propisivanja lijekova sa lista, nepostojanje lijekova sa liste u prodaji, teškoće u ostvarivanju prava na nadoknadu za zamjenske lijekove i slično
2	čekanje	višemjesečno čekanje na posebne usluge snimanja i slično, gužve i čekanja za preglede u ordinacijama osnovne i specijalističke zaštite
3	neljubaznost	neljubaznost osoblja zaposlenog u zdravstvu, od prijema do davanja osnovnih ili dopunskih informacija o zdravstvenom stanju
4	korupcija	sveprisutna korupcija, koja utiče na brzinu i kvalitet usluga
5	siromaštvo	otežan pristup zdravstvenoj zaštiti siromašnih građana, zbog smanjenih mogućnosti za plaćanje dodatnih troškova
6	javno i privatno	zaposleni u javnom sektoru upućuju ili sugerišu korištenje određenih zdravstvenih usluga u privatnom sektoru, nemogućnost korištenja ili nepostojanje određenih usluga u javnom sektoru, zahtjev za isti tretman javnog i privatnog sektora
7	selo i grad	otežan pristup zdravstvenoj zaštiti stanovnika sela i provincije zbog prevoza, gubitka vremena, dodatnih troškova i slično
8	porodična medicina	nezadovoljstvo zbog promjena ljekara, nemogućnost obezbjeđenja adekvatne zaštite za djecu i slično
9	participacija	plaćanje participacija predstavlja problem za siromašne, prijedlog da se ukine participacija
10	neopremljenost	nedovoljna opremljenost zdravstvenih ustanova javnog sektora savremenim ili potrebnim sredstvima za rad

Prethodni rezultati pokazuju da se građani, koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, suočavaju sa više problema koji negativno utiču na ostvarivanje njihovih prava na zdravstvenu zaštitu. Građani koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje izloženi su visokim dodatnim troškovima za nabavku lijekova, što ozbiljno dovodi u pitanje sam sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji u osnovi ima namjeru da pokrije sve ili najveći dio troškova zdravstvene zaštite. Čini se da je građanima koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje manje značajano pitanje usvajanja osnovnih paketa, a više značajno eliminisanje ili

umanjenje identifikovanih problema u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu. Eliminisanje ili umanjenje prisutnosti navedenih problema zahtijeva pravne, finansijske, organizacione, socijalne i druge intervencije u postojeći sistem zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite osiguranih lica. Problem lijekova, participacije i opreme je dominantno pravno-finansijski, čije rješavanje podrazumjeva izmjenu pravne regulative i obezbjeđenje dodatnih ili preraspodjelu raspoloživih finansijskih sredstava. Problem čekanja, neljubaznosti i porodične medicine je dominantno organizacioni, problem javno i privatno dominantno je pravno-organizacioni, problem sela i grada dominantno je organizaciono-finansijski i problem korupcije i siromaštva dominantno je sistemski.

### **III zaključak i preporuke**

U entitetima i Brčko distriktu ni poslije više od deset godina nije sprovedena zakonska odredba o donošenju osnovnih paketa usluga ili prava za građane koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje. U razvoju osnovnih paketa najveći napredak u protekle dvije godine ostvaren je u Federaciji BiH, sa realnim izgledima da osnovni paket zdravstvenih prava u ovom entitetu bude usvojen do kraja naredne godine. Reforma zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini još se nalazi u ranoj fazi, što zbog međuzavisnosti ima ili može imati negativan uticaj na donošenje i uspješnu implementaciju osnovnih paketa zdravstvenih usluga ili prava. Dosadašnji proces reforme zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini bio je zatvoren u birokratsko-zdravstvene strukture, čiji su interesi često bili antireformski. U entitetima i Brčko distriktu nije uspostavljen promjenjiv, unaprediv, mjerljiv i građanima, koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, odgovorniji sistem zdravstvene zaštite.

Dvije trećine građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje nije uopšte ili je nedovoljno informisano o pravima iz zdravstvenog osiguranja, polovina ovih građana koristi zdravstvenu zaštitu u javnom i privatnom sektoru, više od polovine potrebnih lijekova ovi građani plaćaju po uvećanoj ili punoj cijeni, samo jedna trećina ovih građana je zadovoljna zdravstvenom zaštitom, dvije trećine ovih građana nije primijetilo promjene na bolje u ostvarivanju njihovih prava na zdravstvenu zaštitu i većina ovih građana ima vrlo ozbiljne primjedbe i potpuno realne prijedloge za poboljšanje zdravstvene zaštite.

U cilju otklanjanja uočenih problema i unapređenja zdravstvene zaštite građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje, preporučuje se:

- ⇒ intenziviranje aktivnosti na razvoju i donošenju godišnje promjenjivih, prilagodljivih i održivih osnovnih paketa zdravstvene zaštite u entitetima i Brčko distriktu, sa ciljem da budu usvojeni najdalje do kraja 2009. godine i primjenjivani od početka 2010. godine,

- ⇒ sprovođenje kampanje potpunijeg informisanja o pravima ne zdravstvenu zaštitu građana koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje putem medija, zdravstvenih ustanova i na druge načine,
- ⇒ eliminisanje ili smanjenje identifikovanih problema od strane građana, kroz mjere smanjenja visokih troškova lijekova koji plaćaju građani, ukidanja participacije, izjednačavanja javnog i privatnog sektora, borbe protiv korupcije, plaćanja troškova prevoza, smanjenja čekanja na zdravstvene usluge i povećanja ljubaznosti zdravstvenog osoblja,
- ⇒ obezbjeđenje pristupačnijih zdravstvenih usluga u inostranstvu za građane koji su životno ugroženi ili sa bitno smanjenim osnovnim životnim funkcijama,
- ⇒ razvijanje i uspostavljanje sistema godišnjeg praćenja ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, sa indikatorima koji će registrovati promjene, obim i kvalitet usluga, zadovoljstvo uslugama ili pravima, informisanost o pravima i slično,
- ⇒ otvaranje reforme zdravstvenog sektora prema javnosti i veća uključenost građana i predstavnika nevladinog sektora u razvoj osnovnih paketa i funkcionisanje zdravstvenog sektora,
- ⇒ obezbjeđenje nedostajućih finansijskih sredstava za uspješnu primjenu osnovnih paketa zdravstvene zaštite putem (1) povećane naplate doprinosa, (2) racionalizacije i prerarspodjele postojećih troškova u zdravstvenom sektoru i (3) većeg učešća budžetskih prihoda u ukupnim prihodima za ovu namjenu,
- ⇒ intenziviranje reforme zdravstvenog sektora, kako bi se ispunili svi potrebni uslovi za uspostavljanje kvalitetnijeg i održivijeg osnovnog paketa zdravstvene zaštite.