

Zilha Ademaj\*

## Finansiranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

### Sadržaj

1. Uvod
2. Zakonska regulativa
3. Finansiranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja
  - 3.1. Sredstva doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje
  - 3.2. Dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu radnika na privremenom radu u inostranstvu
  - 3.3. Sredstva budžeta
  - 3.4. Lično učešće osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite (participacija)
  - 3.5. Ostali izvori finansiranja
4. Alokacija sredstava
5. Način finansiranja usluga zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja
  - 5.1. Modeli ugovaranja pružanja usluga zdravstvene zaštite između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova
  - 5.2. Uticaj odabranog modela ugovaranja na nivo i kvalitet zdravstvene zaštite
6. Analiza ostvarenih i utrošenih sredstava u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Federaciji BiH u 2012. godini
  - 6.1. Ostvarena sredstva
  - 6.2. Potrošnja u zdravstvenom sektoru
7. Zaključak

### 1. Uvod

Finansiranje zdravstvene zaštite na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja se razlikuje kako na nivou entiteta u Bosni i Hercegovini (Federacija Bosne i Hercegovine i Republika Srpska), tako i na nivou kantona u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Razlike u načinu finansiranja uzrokovane su prvenstveno ustavnim i zakonskim odredbama, prema kojima je sistem zdravstva u Bosni i Hercegovini organiziran na decentraliziranom principu. Decentralizirani sistem zdravstva je uspostavljen na temelju odredbi Dejtonskog

---

\* Autorica je dipl.ecc, rukovodilac službe za ekonomiku i planiranje Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja. Recenzirani rad, recenzenti: Edin Šarčević (Leipzig) i Aida Hunček Pita (Sarajevo).

mirovnog sporazuma, koji u osnovi ima potpunu fragmentaciju sa tendencijom zatvaranja u lokalne okvire. Pored toga, finansiranje zdravstvene zaštite je uvjetovano i stepenom ekonomske moći entiteta, odnosno kantona u Federaciji Bosne i Hercegovine, a koja se prema svim ekonomskim parametrima, na osnovu zvanično objavljenih podataka, u značajnoj mjeri razlikuje.

Kada je u pitanju zdravstvena djelatnost, ekonomska moć entiteta i kantona u Federaciji BiH se ogleda u visini sredstava koja se izdvajaju za obavezno zdravstveno osiguranje. Na visinu sredstava koja se ostvaruju u obaveznom zdravstvenom osiguranju utječe niz faktora, od kojih su kao najznačajniji: visina osnovica i stopa za obračun i uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem i stepenom naplate doprinosa. Po pitanju visine stopa i osnovica za obavezno zdravstveno osiguranje, tri su ključna zakona kojima se regulira ova oblast i to: Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o doprinosima i Zakon o porezu na dohodak.

U oba entiteta, zdravstvena djelatnost se najvećim dijelom finansira sredstvima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a najveći dio sredstava u obaveznom zdravstvenom osiguranju se ostvaruje od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Zakonski propisi kojima je regulisano izdvajanje sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje se značajno razlikuju na nivou entiteta, a u Federaciji BiH postoje razlike kod svih kategorija osiguranika, osim za zaposlene kod poslodavaca i prezionera. S obzirom da nisu dostupni sveobuhvatni podaci o financiranju zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj, u ovom tekstu će se detaljno elaborirati stanje u Federaciji Bosne i Hercegovine.

## 2. Zakonska regulativa

Zdravstvenu djelatnost u Federaciji Bosne i Hercegovine reguliraju Ustav Federacije Bosne i Hercegovine, zakonski i podzakonski akti. Ona obuhvata oblast zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite.

U skladu sa odredbama čl. III t. 2 i 3 Ustava Federacije Bosne i Hercegovine<sup>1</sup>, sistem zdravstvene zaštite i sistem zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine koncipiran je na osnovama podijeljene nadležnosti između federalne i kantonalne vlasti. Federalna vlast ima pravo utvrđivati politiku i donositi zakone koji se tiču ovih nadležnosti (čl. III t. 3), a kantoni imaju pravo utvrđivati politiku i provoditi zakone (čl. III t. 3 st. 4). U skladu sa potrebama, nadležnosti u oblasti zdravstva ostvaruju se od strane kantona koordinirano od federalne vlasti (čl. III 3 st. 1) pri čemu federalna vlast uzima u obzir različite situacije u pojedinim kantonima i potrebu za fleksibilnošću u provođenju. Saglasno navedenim ustavnim odredbama doneseni su temeljni zakoni kojima se regulira oblast zdravstva i to: Zakon o zdravstvenom osiguranju<sup>2</sup> i Zakon o zdravstvenoj zaštiti<sup>3</sup>, Zakon o obaveznim evidencijama u oblasti zdravstva<sup>4</sup> i Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata<sup>5</sup>. Zakonom o zdravstvenom osiguranju je utvrđeno da svi građani Federacije BiH imaju pravo na zdravstveno

<sup>1</sup> Sl. nov. FBiH 1/94, 13/97, 16/02, 22/02, 52/02, 63/03, 9/04, 20/04, 33/04, 71/05, 72/05 i 88/08.

<sup>2</sup> Sl. nov. FBiH 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11.

<sup>3</sup> Sl. nov. FBiH 46/10.

<sup>4</sup> Sl. nov. FBiH 37/12.

<sup>5</sup> Sl. nov. FBiH 40/10.

osiguranje. Ovim zakonom je propisano da se pravo na zdravstveno osiguranje u Federaciji BiH može ostvariti na nivou obaveznog, proširenog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju osiguranici, a to su lica u radnom odnosu kao i druga lica koja vrše određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo saglasno odredbama čl. 19 Zakona o zdravstvenom osiguranju, kao i članovi porodice osiguranika koji to pravo stiču pod određenim uvjetima u skladu sa čl. 20 ovog zakona.

Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja se osiguravaju prava na zdravstvenu zaštitu kao i druga prava iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja. Sadržaj i obim prava je definiran Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava<sup>6</sup>. Prošireno zdravstveno osiguranje se može po zakonu uvesti ako se tim osiguranjem želi osigurati veći obim prava od obima prava koja su obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Ukoliko osiguranici žele ostvariti veći obim prava od obima prava stečenog po osnovu obaveznog i proširenog zdravstvenog osiguranja, ovim zakonom je ostavljena mogućnost da svoje potrebe za zdravstvenom zaštitom mogu realizirati putem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Dobrovoljno osiguranje se obezbjeđuje kroz zajednicu koja nastaje udruživanjem korisnika ili kod privatnih osiguravajućih organizacija i društava.

U Federaciji BiH do danas nije uvedeno prošireno zdravstveno osiguranje. Razloga je više, a ključno je to što su stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje veoma visoke te je i obim prava koja se finansiraju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zavidnom nivou, a s druge strane je evidentan nizak stepen materijalnih mogućnosti za uplatu dodatnog doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je u manjoj mjeri zastupljeno i to uglavnom preko osiguravajućih društava, a najčešće su to osiguranja u kombinaciji sa životnim osiguranjem.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti je propisano da svako lice ima pravo na zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena zaštita u smislu ovog zakona obuhvata sistem društvenih, grupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, blagovremeno liječenje, te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju, kao i primjenu zdravstvenih tehnologija.

Iz navedenih zakonskih propisa se može zaključiti da svaki građanin ima pravo na zdravstveno osiguranje po nekom osnovu, te da svaki građanin ima pravo na zdravstvenu zaštitu. Međutim, da bi se otklonile nejasnoće u tumačenju navedenih prava, mora se jasno istaći da pravo na zdravstvenu zaštitu imaju sva lica u Federaciji Bosne i Hercegovine, s tim što pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju samo osigurana lica, odnosno osiguranici i članovi njihove porodice koji to pravo stiču po osnovu obaveznog osiguranja osiguranika saglasno Zakonu o zdravstvenom osiguranju, a ostala lica koja nemaju status osiguranog lica, odnosno neosigurana lica, moraju platiti uslugu zdravstvene zaštite lično ili neko treće lice u njihovo ime.

---

<sup>6</sup> Sl. nov. FBiH 21/09.

### 3. Finansiranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Odredbama čl. 80 i 82 Zakona o zdravstvenom osiguranju je propisano iz kojih izvora se ostvaruju sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ova sredstva, saglasno navedenim zakonima, osiguravaju se iz sljedećih izvora:

- doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
- dodatnog doprinosa za zdravstvenu zaštitu u inostranstvu;
- sredstava budžeta;
- sredstava ličnog učešća osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite (participacija);
- drugih izvora.

#### 3.1. Sredstva doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje

Najveći dio sredstava koja se ostvaruju u obaveznom zdravstvenom osiguranju čine sredstva od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obračunava se na plaće radnika koji su u radnom odnosu kod pravnih i fizičkih lica, na prihod lica koja obavljaju djelatnost ličnim radom, penzije i invalidnine koje se ostvaruju iz penzijskog i invalidskog osiguranja, stalnu novčanu pomoć i za lica koja su smještena u ustanovama socijalne zaštite, prihode od samostalne estradne djelatnosti, autorskih prava i patenata, poljoprivredne djelatnosti. Osnovice i stope doprinosa, te način obračunavanja i uplate doprinosa na plaće radnika zaposlenih kod pravnih i fizičkih lica propisane su Zakonom o doprinosima<sup>7</sup> i Zakonom o porezu na dohodak.<sup>8</sup>

Prema ovim zakonima, doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje za zaposlene kod poslodavaca (pravnih i fizičkih lica) su jedinstvene za Federaciju BiH. Osnovicu za obračun doprinosa čini plaća i druga lična primanja zaposlenika, a obračun se vrši po stopi od 12,5 % iz osnovice na teret zaposlenika, a 4% na teret poslodavca na utvrđenu osnovicu. Za ostale kategorije osiguranika, a u skladu sa čl. 84 Zakona o zdravstvenom osiguranju, visinu osnovice, stope doprinosa, način obračunavanja i uplate doprinosa utvrđuje svojim propisima zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Iako se navedenom odredbom Zakona o zdravstvenom osiguranju tretira i kategorija osiguranika, penzionera, Vlada Federacije BiH je 2004. godine, zbog zaštite penzionog fonda, donijela odluku kojom je utvrdila jedinstvenu osnovicu i stopu doprinosa za obračun i uplatu doprinosa za penzionere za cijelu Federaciju BiH i to u procentu od 1,2% na iznos isplaćene penzije. Uplatu doprinosa za sve penzionere u Federaciji Bosne i Hercegovine vrši Federalni zavod PIO/MIO. Navedena odluka Vlade Federacije BiH nije u skladu pa je u suprotnosti sa odredbama čl. 84 i 85 Zakona o zdravstvenom osiguranju kojima je propisano da osnovicu i stopu za obračun doprinosa utvrđuje zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja. Međutim, navedena odluka Vlade Federacije BiH se zvanično primjenjuje, i pored činjenice da su kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja imali primjedbe na donošenje ovakve odluke. Primjedbe su se odnosile na visinu stope doprinosa koja je u odnosu na sve ostale kategorije osiguranika izuzetno niska, a posebno ako se ima u vidu činjenica da su penzioneri i najveći korisnici zdravstvene zaštite. Zbog toga kantoni nisu uskladili svoju odluku o visini stope

<sup>7</sup> Sl. nov. FBiH 35/98, 54/00, 16/01, 37/01, 1/02, 17/06 i 14/08.

<sup>8</sup> Sl. nov. FBiH 10/08.

doprinosu za penzionere, niti za ostale kategorije osiguranika za koje imaju nadležnost za utvrđivanje osnovice i stope doprinosa, tako da se osnovice i stope doprinosa se razlikuju od kantona do kantona.

U cilju ujednačavanja visine osnovica i stopa na nivou Federacije BiH, Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava je propisana obaveza za sve kantone da usaglase minimalne osnovice i stope doprinosa za one kategorije osiguranika koje su u nadležnosti zakonodavnih tijela kantona. Ovo usaglašavanje ni do danas nije završeno .

Od ukupnog iznosa obračunatog doprinosa, za bilo koju kategoriju osiguranika, uplata doprinosa se vrši na račun kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja u iznosu od 91% obračunatog doprinosa i 9% na račun Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja. Sredstva koja se osiguravaju u obaveznom zdravstvenom osiguranju na nivou kantona služe za finansiranje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih lica sa područja domicilnog kantona.

Sredstva koja se uplaćuju na račun Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja služe za finansiranje određenih prioriternih programa zdravstvene zaštite i najsloženijih oblika zdravstvene zaštite, za sva osigurana lica sa područja Federacije Bosne i Hercegovine, pod jednakim uvjetima. Ovi programi se realiziraju putem federalnog fonda solidarnosti. Federalni fond solidarnosti je uspostavljen 2002. godine u okviru Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja sa ciljem da se svim osiguranim licima u Federaciji Bosne i Hercegovine omogući pristup zdravstvenim uslugama koje su najsloženije i najskuplje, a koje većina kantona u Federaciji Bosne i Hercegovine nije u mogućnosti osigurati i finansirati. To se odnosi na zdravstvene usluge iz oblasti invazivne i interventne kardiologije i kardiohirurgije, transplantologije, vaskularne hirurgije, neurohirurgije, ortopedije, liječenje malignih oboljenja, dijalizni tretman bolesnika sa bubrežnom insuficijencijom, te provođenje određenih preventivnih programa za djecu.

Za finansiranje navedenih zdravstvenih usluga i programa, federalni fond solidarnosti, pored sredstava koja ostvaruje po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, obezbeđuje i iz budžeta Federacije Bosne i Hercegovine. (Detaljnije o ostvarenim sredstvima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja nastavku pod 6.1).

### *3.2. Dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu radnika na privremnom radu u inostranstvu*

Za zdravstveno osiguranje zaposlenika kojeg poslodavac ili federalni organ uprave uputi na rad u inostranstvo, Odlukom Vlade Federacije BiH<sup>9</sup>, utvrđena je obaveza uplate posebnog doprinosa za zdravstveno osiguranje za vrijeme boravka na radu u inostranstvu. Sredstva ovog doprinosa se isključivo koriste za plaćanje troškova za korištenje zdravstvenih usluga za vrijeme boravka na radu u inostranstvu, a saglasno međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju zaključenim između Bosne i Hercegovine i države u koju se zaposlenici i državni službenici šalju na privremeni rad.

Ovom odlukom je utvrđena visina doprinosa u fiksnom mjesečnom iznosu. Za poslodavce je utvrđena visina doprinosa za svakog zaposlenika u iznosu od 40,00 KM za vrijeme boravka na radu u državama bivše SFRJ i 70,00 KM za vrijeme boravka na radu u ostalim državama, a u

<sup>9</sup> Sl. nov. FBiH 74/08.

slučaju boravka članova porodice plaća se dodatni doprinos u iznosu od 20,00 KM po svakom članu porodice mjesečno.

Za državne službenike na funkciji diplomatskog ili konzularnog predstavnika, odnosno državnog službenika u domaćem diplomatskom ili konzularnom predstavništvu u inostranstvu ili za osobu koja obavlja poslove za pravnu ili fizičku osobu rezidenta Federacije Bosne i Hercegovine ili za međunarodnu organizaciju, doprinos se plaća u iznosu od 80,00 KM, a u slučaju boravka članova porodice plaća se dodatni doprinos u iznosu od 30,00 KM po svakom članu porodice mjesečno.

Sredstva ovog doprinosa se uplaćuju Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja koji je nadležan za plaćanje troškova za izvršene usluge zdravstvene zaštite zaposlenika na privremenom radu u inostranstvu. Od ukupnog iznosa sredstava naplaćenih po osnovu ovog doprinosa dio se izdvaja u rezerve koje se formiraju u Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja i to najviše do 10% od ukupnog iznosa naplaćenih sredstava po osnovu ovog doprinosa. Sredstva rezervi se koriste za izmirenje obaveza nastalih po osnovu ranije ostvarenih zdravstvenih usluga koje nisu plaćene u tekućem izvještajnom razdoblju. Neurošena uplaćena sredstva refundiraju se u korist obveznika uplate doprinosa.

### *3.3. Sredstva budžeta*

Za provođenje zdravstvene zaštite dijelom se osiguravaju sredstva i iz budžeta Federacije Bosne i Hercegovine, kantona i općina u skladu sa odredbama čl. 80 Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Iz budžeta Federacije Bosne i Hercegovine, saglasno odredbama čl. 11 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, osiguravaju se sredstva za provođenje zdravstvene zaštite koja se odnosi na pružanje zdravstvenih usluga i korištenje lijekova u okviru Programa federalnog fonda solidarnosti, kao i za provođenje mjera u funkciji društvene brige za zdravlje na nivou Federacije Bosne i Hercegovine i to: epidemiološko praćenje i suzbijanja zaraznih bolesti, prevenciju, suzbijanje i liječenje karantenskih bolesti, prevenciju malignih oboljenja i HIV/AIDS-a i zdravstvenu zaštitu drugih rizičnih grupa, sprečavanje i otklanjanje posljedica prouzrokovanih prirodnim nepogodama, sufinansiranje provođenja Programa federalnog fonda solidarnosti. Pored toga, iz budžeta Federacije Bosne i Hercegovine se izdvajaju sredstva za investicijska ulaganja u zdravstvene ustanove od značaja za Federaciju Bosne i Hercegovine, odnosno ustanove kojima je Federacija Bosne i Hercegovine osnivač.

U skladu sa odredbama čl. 12. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, u budžetima kantona se trebaju osigurati sredstva za provođenje mjera zdravstvene zaštite od interesa za građane na području kantona i to: provođenje epidemiološke, zdravstveno-statističke, socijalno medicinske, zdravstveno-ekološke djelatnosti, prevencija bolesti, mjere zaštite od zaraznih bolesti, rad mrtvozorničke službe, donošenje zakona i podzakonskih akata, strateškog plana zdravstvene zaštite, praćenje zdravstvenog stanja stanovništva i dr, te vršenje osnivačkih prava nad zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač kanton, a što podrazumijeva investicijska ulaganja i informatizaciju zdravstvene djelatnosti.

Na nivou općine iz budžeta se osiguravaju sredstva za unapređenje rada i kvaliteta zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač općina. Saglasno odredbama čl. 89 Zakona o zdravstvenom osiguranju, iz budžeta kantona i općine mogu se izdvajati sredstva za pokriće

povećanih troškova zdravstvene zaštite koji se ne mogu pokriti sredstvima ostvarenim u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja.

### *3.4. Lično učešće osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite (participacija)*

Kao potpora u finansiranju zdravstvene zaštite, odredbama čl. 80 i 90 Zakona o zdravstvenom osiguranju je predviđena mogućnost ostvarivanja sredstava po osnovu ličnog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite. Participaciju utvrđuje zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja. Kriterije, način uplate i visinu participacije nadležni kantonalni organ utvrđuje u ovisnosti od materijalne situacije u kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, uzimajući u obzir i socijalne prilike osiguranih lica. S obzirom da su i u pogledu visine participacije bile značajne razlike po kantonima, Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava obaveza za sve kantone da svoje odluke usaglase sa Odlukom o maksimalnom iznosu participacije koja je donesena na nivou Federacije Bosne i Hercegovine. Ovom odlukom je propisan maksimalan iznos participacije utvrđen u konvertibilnim markama i to za određene usluge i oboljenja koje, prilikom korištenja tih usluga, treba da plate osigurana lica obveznici plaćanja participacije. Od plaćanja participacije, prema ovoj odluci, oslobođene su određene kategorije osiguranih lica: djeca do navršene 15. godine života, redovni đaci i studenti do navršene 26. godine života, osobe starije od 65 godina, penzioneri sa minimalnim iznosom penzije, lica sa invaliditetom, socijalno ugrožene kategorije i dr., kao i lica koja boluju od oboljenja kao što su: zarazne bolesti, maligna oboljenja, tuberkuloza, inzuloovisni dijabetes, paraplegije i kvadriplegije, mišićne distrofije, multipla skleroza, cerebralne paralize, bubrežne bolesti na dijalizi, duševni poremećaji.

Do kraja 2012. godine nije izvršeno usaglašavanje sa navedenom federalnom odlukom u svim kantonima. Neki kantoni kao što je: Tuzlanski, Unsko-sanski, Hercegovačko-neretvanski i Zapadno-hercegovački su umjesto participacije uveli premije osiguranja. Premiju osiguranja plaćaju sva osigurana lica na početku godine, a uplatom premije se osigurano lice prilikom korištenja usluga zdravstvene zaštite oslobađa plaćanja participacije, bez obzira koje usluge i koliko puta u toku godine koristi usluge zdravstvene zaštite. Visina premije po kantonima se razlikuje.

Kantoni koji su uveli premiju osiguranja, kao oblik ličnog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite, smatraju da se na ovaj način osigurava veći stepen solidarnosti među osiguranim licima, a isti je jednostavniji i racionalniji u smislu administriranja. Kao krajnji rezultat postiže se veći finansijski efekat jer se smanjenju troškovi administracije na evidentiranju i naplati premije osiguranja.

Kantoni koji, kao oblik ličnog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite, primjenjuju Odluku o participaciji mišljenja su da participaciju treba da plate samo ona lica koja koriste usluge zdravstvene zaštite i da nema potrebe za većim stepenom solidarnosti od zajamčene solidarnosti koja je u osnovi obaveznog zdravstvenog osiguranja, a također su mišljenja da će se na taj način ograničiti nepotrebno korištenje usluga zdravstvene zaštite, a što u našim uvjetima i nije rijedak slučaj.

Na ovom primjeru se pokazuje stepen neusaglašenosti propisa u Federaciji Bosne i Hercegovine. U ovom slučaju nisu u pitanju samo razlike u visini ličnog učešća osiguranih lica u troškovima

zdravstvene zaštite, nego se radi o suštinskim razlikama u izboru modela plaćanja ličnog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite.

### 3.5. Ostali izvori finansiranja

U svrhu finansiranja zdravstvene zaštite, zavodi zdravstvenog osiguranja mogu ostvarivati sredstva i iz drugih izvora, kao što su:

- kamate na deponovana sredstva na računima kod banaka;
- finansijske donacije ili donacije u stvarima kao što su: oprema, medicinski materijali, lijekovi, a koji su u funkciji pružanja usluga zdravstvene zaštite, te pomoći, takse i dr.

Sva sredstva koja se ostvaruju u obaveznom zdravstvenom osiguranju evidentiraju se odvojeno i prati njihova potrošnja u skladu sa utvrđenim namjenama. Sredstva za ostvarivanje prava po osnovu povrede na radu ili profesionalnog oboljenja osiguravaju u cjelosti poslodavci iz svojih sredstava. Poslodavci su obavezni da se reosiguraju za slučajeve nastupanja ovih rizika. Reosiguranje rizika do sada nije bila praksa, tako da poslodavci snose troškove zdravstvene zaštite za slučajeve povreda na poslu ili profesionalnih oboljenja.

## 4. Alokacija sredstava

Sredstva ostvarena u obaveznom zdravstvenom osiguranju koriste se za pružanje zdravstvenih usluga i ostvarivanje drugih prava koja su u neposrednoj vezi sa korištenjem usluga zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita se obavlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou. Zdravstvena zaštita na *primarnom* nivou se obavlja u domovima zdravlja, ambulantom porodične medicine, ustanovama hitne medicinske pomoći, ustanovama za njegu u kući i palijativnu njegu, te centrima za fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju. Zdravstvena zaštita na *sekundarnom* i *tercijarnom* nivou se provodi kao specijalističko-konsultativna i bolnička zdravstvena zaštita. Ustanove sekundarne zdravstvene zaštite su poliklinike i bolnice, a tercijarana zdravstvena zaštita se provodi u bolničkim zdravstvenim ustanovama koje su osposobljene za obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite, a to su univerzitetsko-kliničke bolnice.

Pored usluga zdravstvene zaštite, iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja se finansiraju i druga prava kao što su prava na lijekove utvrđene Esencijalnom listom lijekova<sup>10</sup>, ortopedska i druga pomagala propisana Listom ortopedskih i drugih pomagala, prevoz bolesnika, te prava na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad, odnosno za vrijeme bolovanja. Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja finansiraju se naknade plaće samo za bolovanja preko 42 dana, a do 42 dana naknadu isplaćuje poslodavac kod koga osiguranik ima svojstvo zaposlenog lica.

Iako su prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja definirana Zakonom o zdravstvenom osiguranju, a Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava utvrđen sadržaj usluga zdravstvene zaštite, kao minimum zdravstvenih prava, zavodi zdravstvenog osiguranja za svaku godinu donose program zdravstvene zaštite kojim se precizno definiše sadržaj i obim zdravstvenih usluga i drugih prava koje će se za tu godinu

<sup>10</sup> Esencijalna lista lijekova sadrži generičke nazive lijekova neophodnih za osiguranje zdravstvene zaštite u okviru standarda obaveznog zdravstvenog osiguranja u FBiH. Na osnovu ove liste lijekova usaglašavaju se kantonalne pozitivne liste lijekova, koje pored generičkog naziva lijeka, sadrže i zaštićene nazive lijeka.

osiguravati i finansirati. Program zdravstvene zaštite je osnova za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama, saglasno čl. 37 i 38 Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Pri izradi programa zdravstvene zaštite potrebno je uzeti u obzir sve relevantne faktore koji su od utjecaja za utvrđivanje potreba za zdravstvenom zaštitom, a time i potrebnih sredstava za korištenje zdravstvene zaštite, kao što su podaci o ukupnoj populaciji, broju osiguranih lica po starosnoj i polnoj strukturi, opći podaci o području, površini i gustini naseljenosti, konfiguraciji terena, saobraćajnoj povezanosti i kao najvažniji podaci su podaci o strukturi oboljevanja stanovništva. Kantonalni programi zdravstvene zaštite treba da sadrže programe zdravstvene zaštite za svaku općinu za koju je nadležan kanton, uvažavajući sve specifičnosti određenog općinskog područja.

Program zdravstvene zaštite služi kao osnov za planiranje ukupno potrebnih sredstava i alokaciju sredstava za pružanje zdravstvenih usluga po nivoima zdravstvene zaštite i za ostvarivanje drugih prava iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja. Program zdravstvene zaštite donosi zavod zdravstvenog osiguranja uz prethodnu saglasnost nadležnog ministarstva zdravstva.

Na osnovu programa zdravstvene zaštite, a u skladu sa planiranim sredstvima, zavodi zdravstvenog osiguranja svojim finansijskim planom utvrđuju visinu troškova, odnosno alociraju sredstva po nivoima zdravstvene zaštite, a u okviru svakog nivoa zdravstvene zaštite pojedinačno po medicinskim specijalnostima i vrstama zdravstvenih usluga.

## **5. Način finansiranja usluga zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja**

Finansiranje pružanja usluga zdravstvene zaštite se vrši na osnovu zaključenih ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja, kao finansijera - kupca usluga i zdravstvenih ustanova, kao prodavca - pružaoca usluga. Ugovorom se utvrđuje vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga, te iznos naknade koja se plaća za pružanje ugovorenih usluga, kao i način obračunavanja i plaćanja usluga.

Saglasno ustvanim nadležnostima i odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju, način finansiranja u kantonima utvrđuje kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja na osnovu kriterija i mjerila koje propisuje zakonodavno tijelo kantona. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja su do sada primjenjivali različite modele finansiranja zdravstvene zaštite.

Način finansiranja ostalih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja samostalno utvrđuju. Većina kantonalnih zavoda samostalno provodi postupak nabavke lijekova sa Esencijalne liste lijekova koji se izdaju na recept, a distribuciju i izdavanje lijekova na recept pacijentima, povjeravaju apotekama sa kojima zaključuju ugovor, uz plaćanje naknade koja se ugovara po jednom izdatom receptu.

Nabavka ortopedskih i drugih medicinskih pomagala se vrši na isti način kao i nabavka lijekova, s tim što neki zavodi vrše neposrednu isporuku pacijentu na osnovu propisane medicinske dokumentacije, a neki zavodi to povjeravaju zdravstvenim ustanovama. Isporuka preko zdravstvenih ustanova se uglavnom odnosi na implantate koji se ugrađuju prilikom pružanja zdravstvene usluge, a koji su svrastani u medicinska pomagala prema Odluci o ortopedskim i drugim medicinskim pomagalima kao što su na primjer: proteze, silikonske proteze, vaskularne proteze, srčane i neurohirurške valvule, pacemakeri, očne proteze, intraokularne leće za oči i sl.

Isplata naknada za bolovanja preko 42 dana se u svim kantonalnim zavodima vrši na identičan način, odnosno obračun i isplatu naknade zaposleniku za vrijeme bolovanja vrši poslodavac, a nakon toga poslodavac ispostavlja dokumentaciju na osnovu koje kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja refundira iznos isplaćene naknade. Osnovica za obračun naknade za vrijeme bolovanja, način isplate, kao i uvjeti po kojima se može obrčunati i isplatiti naknada propisani su Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja za zdravstvene usluge koje se finansiraju iz sredstava fonda solidarnosti Federacije BiH plaća po cijenama koje su utvrđene po slučaju/dijagnozi, a koje uključuju troškove postupaka dijagnosticiranja i liječenja. Za lijekove koji se finansiraju iz sredstava fonda solidarnosti Federacije BiH, postupak nabavke provodi Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, a isporuka se vrši svim zdravstvenim ustanovama koje provode postupak liječenja navedenim lijekovima.

### *5.1. Modeli ugovaranja pružanja usluga zdravstvene zaštite između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova*

Teorija zdravstvene ekonomike poznaje više modela finansiranja zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, kao i u zemljama bivše Jugoslavije, u primjeni su tri osnovna modela i to:

- finansiranje na bazi cijena pojedinačnih zdravstvenih usluga, procedura i postupaka dijagnosticiranja i liječenja;
- finansiranje na bazi programa zdravstvene zaštite zasnovanih na temelju standarda i normativa zdravstvene zaštite;
- finansiranja troškova rada zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi i materijalnih troškova, s tim što se visina troškova rada utvrđuje na osnovu procjenjenog potrebnog broja radnika, složenosti poslova po kvalifikacionoj strukturi i visine satnice koja je propisana kolektivnim ugovorima, a materijalni troškovi se procjenjuju na osnovu planiranog obima usluga.

Moguće su i kombinacije ovih modela u finansiranju.

Svaki od navedenih modela finansiranja ima prednosti i nedostatke, kako za zavode zdravstvenog osiguranja, tako i za zdravstvene ustanove. U primjeni bilo kojeg od pomenutih modela, dosadašnja praksa je pokazala da su prednosti za zavode zdravstvenog osiguranja kao finansijere, najčešće nedostaci za zdravstvenu ustanovu - pružaoca zdravstvenih usluga i obrnuto.

Generalno se može reći da ne postoji idealan model koji bi u potpunosti zadovoljio pružaoca usluga i finansijere, ne samo na području Bosne i Hercegovine, nego čak i u razvijenim zemljama svijeta. Zdravstvena zaštita je veoma skupa djelatnost čak i za veoma razvijene zemlje. Sa ciljem da se produži životni vijek čovjeka, ogramna sredstva se ulažu u istraživanja i razvoj medicinskih tehnologija i u farmaceutskoj industriji. Zbog toga su u razvijenim zemljama stalni pokušaji na iznalaženju takvih modela finansiranja koji će omogućiti zadovoljenje potreba za zdravstvenom zaštitom, ali istovremeno i potupunu kontrolu u zdravstvenoj potrošnji. Ovo se naročito odnosi na bolničku zdravstvenu zaštitu koja je najskuplja i za koju se izdvaja najveći dio zdravstvenog novca, posebno u zemljama u kojima preventivna zdravstvena zaštita nije na zadovoljavajućem nivou.

U posljednjih 10 godina većina razvijenih zemalja, uključujući zemlje Evropske unije, SAD, Australiju, Kanadu, je preuzela DRG model finansiranja bolničke zdravstvene zaštite<sup>11</sup>. Ovaj model je prihvaćen u ovim zemljama nakon što je testiran po nekoliko godina, od 5-7 godina i ocjenjen je kao model sa nižom prednosti u odnosu na sve ostale.

U Bosni i Hercegovini su neposredno iza rata pokrenute brojne reforme u zdravstvu koje su imale za cilj da se uredi sistem finansiranja, troškova, organizacije, upravljanja resursima u zdravstvu i pružanju usluga zdravstvene zaštite. Udio potrošnje na zdravstvo u GDP-u je veoma visok u odnosu na prihode koji se ostvaruju u Bosni i Hercegovini, a što je uzrokovano brojnim slabostima u pogledu efikasnosti, pravičnosti i kvalitetu zdravstvenih usluga, kao i izraženoj fragmentaciji u pružanju i finansiranju zdravstvene zaštite. U okviru projekta Svjetske banke pod nazivom „Tehnička pomoć za socijalno osiguranje (SITAP), u periodu od 2003-2007. godine razvijen je i testiran novi model plaćanja davalaca zdravstvenih usluga i to za primarnu zdravstvenu zaštitu na bazi kapitalacije, a za bolničku po DRG-u. Bosna i Hercegovina je prihvatila ove modele u finansiranju zdravstvene zaštite, a u toku 2012. godine je započela sa implementacijom DRG-a u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Obzirom da je razvijenim zemljama bio potreban period od 5-7 godina za testiranje i potpunu implementaciju DRG-a, za Bosnu i Hercegovinu sa oskudnim finansijskim i drugim resursima, će vjerovatno biti potrebno i više vremena za potpunu implementaciju.

Zbog značajnih razlika u načinu finansiranja zdravstvene zaštite po kantonima u Federaciji BiH, u cilju ujednačavanja finansiranja, Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, utvrđena je obaveza donošenja jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila ugovaranja između zdravstvene ustanova i nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja, kako bi se privremeno, do potpune implementacije prihvaćenih novih modela finansiranja, ujednačili uvjeti i način finansiranja zdravstvene zaštite na području cijele Federacije BiH. Navedena jedinstvena metodologija donesena je u 2012. godini, ali njena primjena još uvijek nije zvanično otpočela.

### *5.2. Uticaj odabranog modela ugovaranja na nivo i kvalitet zdravstvene zaštite*

Izbor modela finansiranja usluga zdravstvene zaštite prvenstveno zavisi od visine sredstava koja se ostvaruju u kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, a ne manje važni faktori su i sistem kontrole namjenskog trošenja sredstava, kontrole kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga, greški u obračunu troškova zdravstvene zaštite i eventualnih prevara u prikazivanju troškova, podjele rizika u slučaju povećanih potreba za zdravstvenom zaštitom, odnosno potrošnje iznad visine planiranih sredstava.

Finansiranje na bazi standarda i normativa zdravstvene zaštite je za zavode zdravstvenog osiguranja najsigurniji način finansiranja iz razloga što se Program zdravstvene zaštite koncipiran na ovim osnovama može precizno programirati, sredstva ravnomjerno alocirati, a praćenje realizacije programa je, sa stanovišta administracije, relativno jednostavno. Međutim, kod ovog modela zdravstvene ustanove nisu motivirane da rade veliki obim usluga, a upitan je kvalitet pruženih usluga. Zdravstvene ustanove se uglavnom ograničavaju na obim usluga i

<sup>11</sup> DRG je skraćenica od *Diagnosis Related Groups* što u prevodu znači dijagnostičko-terapijske skupine, a u osnovi predstavlja plaćanje troškova po epizodi, pri čemu je epizoda period od prijema do otpusta iz bolnice. Trajanje epizode može varirati od slučaja do slučaja, ali bez obzira na te varijacije cijena koja je utvrđena po epizodi je ista.

kvalitet koji se može osigurati do visine sredstava ugovorenih za program, jer bi u protivnom preuzele rizik da snose gubitke u poslovanju po osnovu troškova povećanog obima i kvaliteta usluga. Ovo se naravno odnosi samo na one zdravstvene ustanove koje imaju veliki broj pacijenata i koje pružaju veoma složene zdravstvene usluge. Zavodi zdravstvenog osiguranja koji primjenjuju ovakav model finansiranja moraju osigurati dobar monitoring u provođenju programa kao i sistem izvještavanja, kako sa stanovišta obima usluga tako i po pitanju kvalitete usluga.

Finansiranje na bazi cijena pojedinačnih zdravstvenih usluga, odnosno pojedinačnih postupaka i procedura u dijagnosticiranju i liječenju je zasigurno najbolji model za zdravstvene ustanove, osim za one zdravstvene ustanove koje imaju manje složenu patologiju i mali obim usluga. Po ovakvom sistemu finansiranja zdravstvene ustanove su motivirane da pružaju veći obim i kvalitet zdravstvenih usluga, jer nisu opterećene visinom troškova koji mogu nastati u pružanju tih usluga, obzirom da ih mogu i naplatiti. Međutim, ovakav način finansiranja je neprihvatljiv za zavode zdravstvenog osiguranja koji su ograničeni visinom sredstava. Poseban problem je uspostava kontrole u pružanju zdravstvenih usluga u smislu ocjene opravdanosti provođenja svih postupaka dijagnosticiranja i liječenja, a posebno iz razloga što još uvijek nisu propisane kliničke vodilje za sva oboljenja što omogućava zdravstvenim ustanovama da ponekad i nepotrebno ponavljaju dijagnostičke postupke i produžavaju boravak pacijenta u bolnici.

Finansiranje troškova rada i materijalnih troškova je za zavode zdravstvenog osiguranja prihvatljiv model sa stanovišta planiranja i raspodjele sredstava, odnosno sigurnosti u pogledu obezbjeđivanja sredstava, jednostavan po pitanju administriranja, ali manjkav po pitanju kontrole u pružanju zdravstvenih usluga, praćenja troškova po uslugama i drugim bitnim statističkim parametrima. Za zdravstvene ustanove je ovakav način finansiranja ograničavajući i demotivirajući po pitanju obima i kvaliteta usluga i sa veoma malim ili nikakvim mogućnostima za ulaganja u edukaciju kadrova i razvoj medicinskih tehnologija. Ovakav način finansiranja je bio najvećim dijelom zastupljen u Federaciji Bosne i Hercegovine sve dok nisu pokrenute reforme u zdravstvu. Imajući u vidu prevashodni cilj da se pokrenutim reformama uspostave mjerila izvršenja zdravstvenih usluga, uspostavi sistem utvrđivanja i praćenja troškova različitih zdravstvenih usluga, te uspostave indikatori kvaliteta, a što je upravo manjkavost ovakvog načina finansiranja, neki kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja, kao što su Unsko-sanski, Tuzlanski i Zeničko-dobojski, su se orijentirali na finansiranje zdravstvene zaštite na bazi standarda i normativa zdravstvene zaštite. Finansiranje na bazi cijena pojedinačnih zdravstvenih usluga se primjenjuje samo za određene zdravstvene usluge, ali ne za finansiranje cjelokupnog programa zdravstvene zaštite, zato što za ovakav vid finansiranja niti jedan kantonalni zavod nema dovoljno sredstava niti mogućnosti kontrole.

## **6. Analiza ostvarenih i utrošenih sredstava u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Federaciji BiH u 2012. godini**

### *6.1. Ostvarena sredstva*

Kako je već navedeno, brojni su faktori koji utiču na visinu sredstava koja se ostvaruju u obaveznom zdravstvenom osiguranju, a posebno ako se ima u vidu činjenica da je sistem zdravstva, uspostavljen na decentraliziranom principu, veoma složen. Iskazane razlike po kantonima u pogledu stepena obuhvata stanovništva obaveznim zdravstvenim osiguranjem, visini osnovica i stopa za obračun i uplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje, te izvora

finansiranja, neminovno se odražavaju i na visinu sredstava koja se u ostvaruju u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja, a što implicira i razlike u obimu prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu.

U Federaciji BiH, u 2012. godini je registrirano ukupno 2.023.049 osiguranih lica od kojih 1.225.352 osiguranika i 797.697 članova porodice osiguranika. Broj osiguranika u 2012. godini je povećan za 2,2% u odnosu na 2011. godinu, ali je smanjen broj članova porodice koji ostvaruju pravo po osnovu osiguranja osiguranika za 0,5%, tako da je ukupan broj osiguranih lica povećan za 1,1% .

Struktura osiguranih lica po kategorijama osiguranja je sljedeća

Kategorija osiguranja	2011. godina	2012. godina	Index
Zaposleni kod poslodavaca	473.043	470.250	99,4
Poljoprivrednici	9.643	8.593	89,1
Penzioneri	370.647	390.865	105,5
Nezaposleni na birou za zapošljavanje	230.731	245.825	106,5
Invalidi i civilne žrtve rata	47.804	47.895	100,2
Ino-osiguranici	35.501	33.824	95,3
Ostali osiguranici	24.339	21.614	88,8
Lica koja sama plaćaju doprinos	7.082	6.486	91,6
<b>Ukupno</b>	<b>1.198.790</b>	<b>1.225.352</b>	<b>102,2</b>

*Izvor podataka: Obračun sredstava u zdravstvu Federacije BiH za 2012. godinu.*

Povećanje broja osiguranih lica, odnosno povećanje obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranjem se svakako može ocijeniti pozitivnim trendom. Međutim, zabrinjavajuće je to što se povećava broj osiguranika iz kategorije penzionera, nezaposlenih i invalidnih lica, dok se broj osiguranika iz kategorije radno aktivnog stanovništva smanjuje, a posebno zaposlenih kod poslodavaca koji nose najveći teret zdravstvenog osiguranja.

Obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem se povećava svake godine, a u 2012. godini obuhvat na nivou Federacije BiH je 86,52 %, što znači da je 13,58 % zdravstveno neosiguranih lica u Federaciji BiH. Obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem se razlikuje po kantonima i kreće se od 67,07% u Kantonu 10 do 95,74% u Kantonu Sarajevo.

U narednom tabelarnom pregledu prikazan je obuhvata stanovništva osiguranjem po kantonima, za period od 2010-2012. godine.

KANTON	BROJ STANOVNIKA			BROJ OSIGURANIH LICA			OBUHVAT STANOVNIŠTVA ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM		
	2010.	2011.	2012.	2010.	2011.	2012.	2010.	2011.	2012.
	Unsko-sanski	287.869	287.835	287.885	210.077	210.853	212.407	72,98	73,25
Posavski	39.520	39.585	39.307	31.265	31.319	31.176	79,11	79,12	79,31
Tuzlanski	499.047	499.221	499.099	438.248	438.661	446.180	87,82	87,87	89,40
Zeničko-dobojski	400.126	399.856	399.485	329.994	345.035	346.148	82,47	86,29	86,65
Bosansko-podrinjski	32.931	32.818	32.675	25.560	25.676	25.877	77,62	78,24	79,20
Srednje-bosanski	254.572	254.003	253.592	214.427	216.715	220.163	84,23	85,32	86,82
Hercegovačko - neretvanski	225.268	224.902	224.652	190.033	189.396	191.120	84,36	84,21	85,07
Zapadno-hercegovački	81.433	81.414	81.487	73.005	74.900	74.798	89,65	92,00	91,79
Kanton Sarajevo	436.572	438.757	440.744	410.121	414.566	421.962	93,94	94,49	95,74
Kanton 10- Livno	80.322	79.879	79.351	53.691	53.283	53.218	66,84	66,70	67,07
<b>Ukupno</b>	<b>2.337.660</b>	<b>2.338.270</b>	<b>2.338.277</b>	<b>1.976.421</b>	<b>2.000.404</b>	<b>2.023.049</b>	<b>84,55</b>	<b>85,55</b>	<b>86,52</b>

*Izvor podataka: Obračun sredstava u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine, za 2012. godinu.*

Imajući u vidu podatke o povećanju ukupnog broja osiguranika i povećanju obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranjem moglo bi se zaključiti da bi se po tom osnovu, ne uzimajući druge faktore, srazmjerno trebala povećati i sredstva od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Sredstva od doprinosa za zdravstveno osiguranje su u 2012. godini povećana u odnosu na ostvarena sredstva u 2011. godini, ali sa manjom stopom rasta od broja osiguranika, iz razloga što je povećan broj osiguranika za koje se vrši minimalna uplata doprinosa, a smanjen je broj osiguranika zaposlenika.

Posmatrano po kategorijama osiguranja, evidentna je nesrazmjera učešća broja osiguranika po kategorijama osiguranja u ukupnom broju registriranih osiguranika i visine ostvarenih prihoda od doprinosa po kategorijama osiguranja. Slijedeći podaci ilustruju stepen nesrazmjernog učešća broja osiguranika kao korisnika zdravstvene zaštite i visine sredstava koja se uplaćuju za zdravstveno osiguranje:

- osiguranici zaposleni kod poslodavaca u ukupnom broju osiguranika učestvuju sa 38,4%, a u приходima od doprinosa sa 95%;
- osiguranici penzioneri u ukupnom broju osiguranika učestvuju sa 31,9%, a u приходima od doprinosa sa 1,5%;
- osiguranici nezaposleni prijavljeni na osiguranje u ukupnom broju osiguranika učestvuju sa 20,06%, a u приходima od doprinosa sa 2 %;

- ostale kategorije osiguranika učestvuju u ukupnom broju osiguranika sa 9,1%, a u ukupnim prihodima od doprinosa sa 1,5%.

Iz navedenih podataka je evidentno da sredstva za zdravstvenu zaštitu koja se osiguravaju iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje najvećim dijelom od 95% se osiguravaju od doprinosa zaposlenih kod poslodavaca, dok sve ostale kategorije osiguranika učestvuju simbolično u odnosu na prava koja se obezbjeđuju tim sredstvima.

To znači da najveći teret u obezbjeđivanju sredstava za zdravstvenu zaštitu snose zaposleni kod poslodavaca, tako da svaka promjena koja se odnosi na ovu kategoriju osiguranika kao što je npr. broj zaposlenih kod poslodavaca, visine plaća, visina stope doprinosa, u najvećoj mjeri se odražava i na visinu sredstava koja se ostvaruju po osnovu doprinosa.

Pored zaposlenih kod poslodavaca, najbrojnija kategorija osiguranika su penzioneri koji su istovremeno i najveći korisnici zdravstvene zaštite, a sredstva koja se uplaćuju na ime zdravstvenog osiguranja pensionera su simbolična. Prema podacima za 2012. godinu<sup>12</sup> prosječan mjesečni iznos doprinosa za zdravstveno osiguranje po jednom pensioneru iznosi 3,44 KM, dok je prosječan mjesečni iznos doprinosa po zaposlenom kod poslodavaca 175,49 KM. Ako se ima vidu činjenica da su penzije u Federaciji Bosne i Hercegovine veoma niske i da su penzioneri sa takvim penzijama na rubu preživljavanja, ne može se očekivati da se iz penzija izdvaja veći iznos sredstava za zdravstvenu zaštitu, ali sa stanovišta potreba za zdravstvenom zaštitom i troškova, ta sredstva nisu dovoljna, te bi bilo nužno da se osiguravaju dodatna sredstva iz budžeta.

U 2012. godini ostvarena sredstva u obaveznom zdravstvenom osiguranju iznosila su 1.195. mil. KM, od čega u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja 1.071. mil. KM, a u Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja 124. mil. KM. Ostvarena sredstva u 2012. godini su veća za 2% u odnosu na 2011. godinu, a što predstavlja najnižu stopu rasta u posljednjih 10 godina, a to je posljedica ekonomske krize, odnosno pada privrednog razvoja i pada broja zaposlenih. Od ukupnog iznosa ostvarenih sredstava u obaveznom zdravstvenom osiguranju, najveći dio je ostvaren iz doprinosa za zdravstveno osiguranje u iznosu od 1.093 mil. KM ili 91,4%, budžeta 42 mil. KM ili 3,5%, ličnog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite 34 mil. KM ili 2,8% a iz svih drugih izvora 26 mil. KM ili 2,1%.

Pored sredstava ostvarenih u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, u 2012. godini je ostvareno i 351 mil. KM izvan obaveznog zdravstvenog osiguranja, a to su sredstva koja građani izdvajaju iz džepa za plaćanje zdravstvenih usluga i kupovinu lijekova. Nema pouzdanog podatka koliki dio od ovih sredstava su platili građani koji nisu zdravstveno osigurani, a koliko je učešće osiguranih lica koja često koriste zdravstvene usluge kod privatnih zdravstvenih djelatnika i plaćaju ličnim sredstvima i pored činjenice da u javnim zdravstvenim ustanovama mogu ostvariti prava na zdravstvene usluge bez obaveze plaćanja.

Podaci o ostvarenim sredstvima u privatnom sektoru nisu potpuni iz razloga što je od 1.006 registriranih privatnih zdravstvenih djelatnika, podatke dostavilo 737 djelatnika, odnosno 73%. Procjenjuje se da su u privatnom sektoru ostvarena znatno veća sredstva od iznosa za koji su zvanično dostavljeni i objavljeni podaci.

<sup>12</sup> Izvor podataka: Obračun sredstava u zdravstvu FBiH za 2012.

## 6.2. Potrošnja u zdravstvenom sektoru

Sredstva koja se ostvaruju u obaveznom zdravstvenom osiguranju nisu dovoljna za pokriće potreba za zdravstvenom zaštitom svih građana u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Od ukupne potrošnje koja je Federaciji BiH u 2012. godini iznosila 1.670,00 mil. KM, iz obaveznog zdravstvenog osiguranja je pokriveno 1.179,00 mil. KM, odnosno 71%, a 417,00 mil. KM je ostvareno iz drugih izvora, od čega najveći dio su lična sredstva građana. Kako je već istaknuto, u Federaciji Bosne i Hercegovine je registrirano preko 1.000 privatnih zdravstvenih djelatnika, od kojih najveći broj pruža usluge specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite i dijagnostičke usluge.

Iako su po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine privatni djelatnici izjednačeni sa zdravstvenim ustanovama u javnom sektoru, još uvijek se veoma mali broj zdravstvenih usluga koje se pružaju u privatnom sektoru finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja ugovaraju pružanje zdravstvenih usluga u privatnom sektoru samo u slučajevima kada zdravstvene ustanove u javnom sektoru nisu u mogućnosti pružiti određene usluge ili je za pružanje takvih usluga pacijentima potreban duži period čekanja.

I pored činjenice da građani - osigurana lica imaju pravo na zdravstvenu zaštitu na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, sve veći broj građana koji imaju zdravstveno osiguranje se opredjeljuje za zdravstvene usluge u privatnom sektoru, iz razloga što na taj način imaju mogućnost vlastitog izbora ljekara i zdravstvenu uslugu mogu ostvariti bez čekanja, bez obzira što tu uslugu mora platiti iz vlastitog džepa.

Kada se posmatra zdravstvena potrošnja po kantonima izražene su značajne razlike u visini ukupne potrošnje po osiguranom licu, a što je posljedica neravnomjernosti u visini sredstava koja se ostvaruju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po kantonima, ali su evidentne i razlike u potrošnji po pojedinim vidovima zdravstvene zaštite. Ovo se naročito ogleda u omjeru raspodjele sredstava između primarne zdravstvene zaštite i bolničkog liječenja. U kantonima kao što su Tulanski, Unsko-sanski, Hercegovačko-neretvanski veći dio sredstava se izdvaja za primarnu nego za bolničku zdravstvenu zaštitu. Nasuprot ovim kantonima, u Kantonu Sarajevo se znatno veći dio izdvaja za bolničku zdravstvenu zaštitu. U ostalim kantonima je taj omjer srazmjern. Razlozi za ovakve razlike u raspodjeli između primarne i bolničke zdravstvene zaštite su brojni, a kao najznačajniji su stepen razvoja bolničkih kapaciteta i dostupnost zdravstvene zaštite svim pacijentima, posebno kada je u pitanju visokodiferencirana zdravstvena zaštita.

U Kantonu Sarajevo je skoncentriran najveći dio zdravstvenih bolničkih kapaciteta visokodiferencirane zdravstvene zaštite, a zbog teritorijalne kompaktnosti takva zdravstvena zaštita je dostupna svim osiguranim licima Kantona Sarajevo. Iako se ovo može smatrati velikom prednošću građana koji žive u Kantonu Sarajevo, to isto može biti limitirajući faktor za razvoj primarne zdravstvene zaštite usljed čega građani ponekad i nepotrebno zadovoljavaju svoje potrebe na bolničkom liječenju, a koje se mogu riješiti na nivou ambulantnog liječenja. U kantonima koji nemaju razvijene kapacitete bolničke zdravstvene zaštite ili imaju teritorijalnu disperziju preferiraju ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu i na taj način, sa ograničenim sredstvima, nastoje da veći dio zdravstvenih potreba zadovolje putem ambulantnog liječenja. Za pruženje složenijih zdravstvenih usluga pacijenti se upućuju u kliničke centre van kantona, a

takvo liječenje je znatno skuplje nego kada se liječenje provodi u zdravstvenoj ustanovi na području domicilnog kantona.

Po kantonima su evidentne razlike i po pitanju potrošnje lijekova na recept, ortopedskih pomagala i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Potrošnja lijekova na recept je u ovisnosti od esencijalne liste lijekova koji se finansiraju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Navedene razlike se ilustruju podacima o prosječnoj potrošnji po osiguranom licu i prosječnoj potrošnji lijekova na recept po osiguranom licu koji su prikazani u narednoj tabeli.

R. br.	Kanton	2010			2011			2012		
		Br.osig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu	Br.osig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu	Br.osig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu
1	Unsko-sanski	210.077	423	61	210.853	434	54	212.407	450	57
2	Posavski	31.265	500	32	31.319	503	30	31.176	507	36
3	Tuzlanski	438.248	489	83	438.661	506	93	446.180	509	93
4	Zeničko-dobojski	329.994	471	55	345.035	466	55	346.148	483	61
5	Bosansko-podrinjski	25.560	583	74	25.676	571	61	25.877	601	62
6	Srednje-bosanski	214.427	432	53	216.715	434	43	220.163	427	44
7	Hercegov.-neretvanski	190.033	610	46	189.396	727	77	191.120	677	77
8	Zapadno-hercegovački	73.005	495	69	74.900	482	68	74.798	511	52
9	Sarajevo	410.121	822	141	414.566	842	151	421.962	874	160
10	Kanton 10	53.691	520	53	53.283	570	73	53.218	581	49
	UKUPNO FBiH	1.976.421	556	79	2.000.404	576	85	2.023.049	585	87

Izvor podataka: *Obračun sredstava u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine za 2012. godinu.*

Prema podacima prikazanim u tabeli, u 2012. godini prosječna potrošnja po osiguranom licu godišnje na nivou Federacije Bosne i Hercegovine je iznosila 585,00 KM. Najniža prosječna potrošnja je u Unsko-sanskom kantonu od 450,00 KM, a najveća u Kantonu Sarajevo od 874,00 KM. Prosječna potrošnja lijekova na recept na nivou Federacije Bosne i Hercegovine iznosila je 87,00 KM po osiguranom licu, a posmatrano po kantonima najniža je u Posavskom kantonu od 36,00 KM, dok je najveća u Kantonu Sarajevo od 160,00 KM. Samo su dva kantona i to Kanton Sarajevo i Tuzlanski kanton imali veću prosječnu potrošnju od prosječne potrošnje na nivou Federacije BiH.

## 7. Zaključak

Decentralizirani sistem organizacije zdravstva na nivou Federacije BiH, baziran na autonomiji kantona u ostvarivanju i alokaciji sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ima za rezultat značajne razlike kako u obimu prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu tako i u pogledu

dostupnosti zdravstvene zaštite. Razlike u ostvarivanju sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po kantonima su uzrokovane razlikama u obuhvatu stanovništva zdravstvenim osiguranjem, neujedanačenim stopama i osnovicama za obračun doprinosa, broju zaposlenih, visini plaća.

Na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i dostupnost zdravstvene zaštite, pored visine sredstava, od utjecaja su i način raspodjele sredstava po nivoima i vidovima zdravstvene zaštite, način ugovaranja pružanja usluga zdravstvene zaštite, razvijenost zdravstvenih kapaciteta, stepen edukacije zdravstvenih kadrova i dr.

Radi ujednačavanja prava na zdravstvenu zaštitu u svim kantonima u Federaciji BiH, Parlament Federacije BiH je 2009. godine donio Odluku o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava kojom je propisana obaveza za sve kantone da: usklade minimalne stope i osnovice doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, usklade esencijalne liste lijekova sa Federalnom listom, usklade odluke o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih medicinskih pomagala sa Federalnom listom, usklade odluke o neposrednom učešću osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite sa Federalnom odlukom o maksimalnom učešću osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite, te da se donese jedinstvenu metodologiju kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila ugovaranja između zdravstvenih ustanova i nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja. Nedostajuća finansijska sredstava, po kantonima, za provođenje osnovnog paketa zdravstvenih prava bi trebala osigurati na načelima uzajamnosti i solidarnosti kroz federalni fond solidarnosti, a na osnovu Odluke koju donosi Vlada Federacije BiH. Do kraja 2012. godine nisu u svim kantonima izvršena propisana usklađivanja navedenih odluka, niti je Vlada Federacije BiH donijela Odluku na osnovu koje bi se definirali izvori sredstava i način raspodjele po kantonima u svrhu primjene osnovnog paketa zdravstvenih prava, a što u osnovi predstavlja izjednačavanje prava na zdravstvenu zaštitu. Generalno se može zaključiti da je veoma teško ili skoro pa nemoguće donijeti bilo kakav akt za koji je potrebna saglasnost nadležnih organa u svim kantonima.

Iz prezentiranih podataka o ostvarenim i utrošenim sredstvima može se zaključiti da su izdvajanja za zdravstvenu zaštitu velika, te da je učešće zdravstvene potrošnje u GDP-u od 9% veoma visoko, čak i za razvijene zemlje. I pored toga, ne može se reći da je zdravstvena zaštita na zadovoljavajućem nivou, posebno kada se posmatra regionalno. To je posljedica pretjerane decentralizacije na malom prostoru koju opterećuju visoki troškovi izgradnje i održavanja zdravstvenih kapaciteta koji načešće imaju mali stepen iskorištenosti i kao takvi su neracionalni. Također, svaki region, odnosno kanton ima želju da razvija visokosofisticiranu medicinu koja je veoma skupa i koja se ostvarenim sredstvima ne može finansirati niti se osigurati povrat sredstava kroz pruženi obim usluga čak ni u dužem vremenskom periodu.

Zbog toga bi bilo najbolje rješenje da se na nivou Federacije BiH sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje priključuju preko jednog - federalnog fonda zdravstvenog osiguranja, a da se raspodjela sredstava prema kantonima vrši na bazi jedinstvenih mjerila i kriterija.

Pored toga trebalo bi privatne zdravstvene djelatnike uključiti u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno pružanje zdravstvenih usluga u privatnom sektoru finansirati na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja pod jednakim uvjetima kao i zdravstvenim ustanovama u javnom sektoru. Time bi se stvorili uvjeti za ujednačavanje prava svih osiguranih lica u Federaciji BiH, omogućio brži i bolji pristup zdravstvenoj zaštiti, pa samim time osigurala

ravnopravnost građana, pospješila veća konkurencija između javnog i privatnog sektora, a što bi u konačnici imalo za rezultat i veći kvalitet zdravstvene zaštite.

*Resume*

*The decentralized system of health organizing of the Federation of Bosnia and Herzegovina, based on the autonomy of the cantons in the exercising and allocation of funds from the mandatory health insurance has resulted in significant differences in both the scope of the rights of insured persons to health care and in terms of access to health care. The differences in the realization of funds from mandatory health insurance by cantons are caused by differences in the coverage of the population with health insurance, unevenly rates and bases for calculation of contributions, number of employees and the amount paid.*