

Ervin Mujkić*

Reformska agenda za BiH za period 2015-2018. i njene potencijalne implikacije na zdravstveni sistem

Sadržaj

1. Uvod
2. O reformi zdravstva uopće
3. Uvođenje trezorskog poslovanja u zdravstvu
4. Smanjenje stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje
5. Povećanje akciza na duhan i alkohol
6. Normiranje mreže zdravstvenih ustanova
7. Smanjenje sive ekonomije
8. Povećanje stope PDV-a
9. Finansijska podrška Svjetske banke
10. Šta nedostaje?
 - 10.1. Reforma finansiranja bolničkih zdravstvenih usluga
 - 10.2. Liječenje neosiguranih lica
11. Zaključak

1. Uvod

Vijeće ministara BiH, Vlada Federacije BiH, Vlada Republike Srpske i Vlada Brčko Distrikta BiH usvojili su, u identičnom tekstu, dokument pod naslovom „Reformska agenda za Bosnu i Hercegovinu za period 2015-2018. godine“.¹ Ovim dokumentom okvirno su utvrđeni planovi vlasti na svim nivoima u vezi sa provođenjem neophodnih ekonomskih, socijalnih i drugih reformi u BiH. Usvajanje Reformske agende uslijedilo je nakon poziva Vijeća za vanjske poslove Europske unije političkim liderima u BiH iz decembra 2014. godine da utemelje reforme potrebne za EU integracije u rad svih relevantnih institucija BiH, s ciljem da se osigura funkcionalnost i efikasnost na svim nivoima vlasti i omogući BiH da se pripremi za buduće pristupanje EU.

Sam dokument je podijeljen u nekoliko dijelova koji predstavljaju identifikaciju oblasti u kojima je neophodno provesti reforme i to: 1) javne finansije, oporezivanje i fiskalna održivost, 2)

* Autor je diplomirani pravnik i saradnik FCJP.

¹ Tekst Reformske agende dostupan je na:

http://vijeceministara.gov.ba/home_right_docs/default.aspx?id=20036&langTag=bs-BA, očitavanje 21. 09. 2015.

poslovna klima i konkurentnost, 3) tržište rada, 4) reforma socijalne zaštite, 5) vladavina prava i dobro upravljanje i 6) reforma javne uprave.

Reformska agenda predviđa i poduzimanje niza konkretnih mjera u okviru zdravstvenog sistema, kao što su uvođenje trezorskog poslovanja, smanjenje stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, te povećanje akciza na duhan i alkohol kao novi izvor prihoda fondova zdravstvenog osiguranja u BiH. Reforma zdravstvenog sektora podrazumijeva i rješavanje dugovanja svih subjekata u zdravstvenom sistemu i normiranje mreže zdravstvenih ustanova.

Također se navodi da će se od Svjetske banke, kroz program DPL, tražiti da osigura tehničku i finansijsku podršku za reorganizaciju zdravstvenog sektora. Vlasti će ova sredstva iskoristiti za izmirenje obaveza u zdravstvenom sektoru, posebno doprinosa, do kraja 2015. godine.

Značajna mjera koja može imati jak efekt i na sistem zdravstva je suzbijanje rada u sivoj zoni i prijavljivanje radnika na niže dohotke na koje se uplaćuju doprinosi, jer upravo na ovaj način fondovi gube značajan dio prihoda koji bi se mogao iskoristiti za unapređenje zdravstvene zaštite osiguranika.

2. O reformi zdravstva uopće

Zdravstveni sistem u BiH je generalno u lošem položaju. Zapravo, teško se uopće može govoriti o zdravstvenom sistemu u BiH, kao jedinstvenom sistemu, ako se zna da se on sastoji od 13 manje ili više potpuno autonomnih sistema, na nivou entiteta i Brčko Distrikta BiH, a u FBiH i na nivou kantona.

Ovakva organizacija zdravstva često je uzrok brojnih problema kako u finansiranju zdravstvenih ustanova, tako i u ostvarivanju prava stanovništva iz oblasti zdravstvene zaštite. Upravo stoga, reforma zdravstva je već dugo vremena stalna tema rasprava u institucijama vlasti svih nivoa, ali bez značajnijih rezultata. O reformi u zdravstvu se može govoriti i u kontekstu širih društvenih reformi u vezi sa procesom pristupanja BiH EU. Zbog složenosti odnosa između europskog zakonodavstva i zdravstvene politike gotovo sva poglavlja *acquisa communitairea* imaju određene utjecaje za zdravstvo. Posebno su značajna poglavlje 13 o socijalnoj politici i poglavlje 23 o zaštiti potrošača i zdravstvenoj zaštiti. No i ostala poglavlja sadržavaju odredbe značajne za zdravstvo: poglavlja 1-3 o slobodnom kretanju roba, osoba i usluga; poglavlje 12 o sigurnosti namirnica; poglavlje 27 o okolišu itd.²

Ukoliko se provedu mjere utvrđene Reformskom agendom, to će imati značajne implikacije na sektor zdravstva u BiH. S tim u vezi slijedi analiza svih predloženih reformskih mjera koje imaju veze sa zdravstvenim sistemom i prikaz njihovih potencijalnih učinaka u odnosu na sadašnje stanje.

² D. Mihaljek, Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća?, u: *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: Izazovi sudjelovanja*, Zagreb 2006, s. (265-308) 275.

3. Uvođenje trezorskog poslovanja u zdravstvu

Odredbama Zakona o trezoru u Federaciji BiH³ uspostavljen je sistem trezorskog poslovanja na nivou Federacije i kantona. Sistem trezora na nivou Federacije se zasniva na principu jedinstvenog konsolidovanog novčanog toka preko kojeg se obavljaju sve budžetske transakcije. Organizaciono posmatrano, Zakonom o trezoru trezor je definiran kao osnovna organizaciona jedinica unutar Federalnog ministarstva finansija i ministarstava finansija kantona, u kojima se u skladu sa ovim zakonom i drugim propisima obavljaju poslovi koji se odnose na planiranje izvršenja i izvršenje budžeta Federacije, kao i budžeta kantona; vođenje računovodstva i računovodstvenih politika; upravljanja novcem i vođenje jedinstvenog računa trezora; otplate duga, izdavanja garancija, nova zaduživanja, upravljanje neangažovanim sredstvima i imovinom.⁴

Sistem trezora na nivou Federacije BiH se zasniva na konceptu jedinstvenog trezorskog računa putem kojeg Ministarstvo finansija kontrolira sve isplate rashoda. Jedinstveni račun trezora se sastoji od depozitnog računa otvorenog u komercijalnoj banci, računa za investiranje i zaštitu sredstava, jednog ili više transakcijskih računa, i po potrebi, transakcijskih računa za gotovinu. Svi ovi računi se moraju držati u ime ministarstava finansija. Svrha Jedinstvenog računa trezora je da se centralizira kontrola nad svim javnim prihodima u ministarstvima finansija.⁵

Koncepcijski i strukturalno, na sličan način kao u Federaciji BiH, su uređeni i trezori na nivou Bosne i Hercegovine, Republike Srpske i Brčko Distrikta BiH. Tako je Zakonom o trezoru institucija Bosne i Hercegovine⁶, uspostavljen Trezor institucija BiH kao centralni element u finansijskom upravljanju sredstvima institucija BiH i ostalih korisnika sredstava Budžeta i tijelo koje ima vodeću ulogu u obavljanju funkcija formulisanja budžetskih i prihodskih procedura; formulisanja i pregledavanje budžetskih procjena prihoda i ostalih primitaka, te tekućih i kapitalnih rashoda; upravljanja novčanim sredstvima i održavanja Jedinstvenog računa Trezora; planiranja i kontrole izvršenja Budžeta; upravljanja centralizovanim funkcijama isplata plaća; vođenja računovodstvenih operacija institucija BiH; razvijanja i održavanja finansijskih informacionih sistema; planiranja i upravljanja dugom institucija BiH; upravljanja finansijskom imovinom institucija BiH; propisivanja i sprovođenja internog nadzora.⁷

Zakonom o trezoru Republike Srpske⁸ propisano je da trezorski sistem Republike Srpske obuhvata Trezor Republike i lokalne trezore, pri čemu je Trezor Republike organizaciona jedinica u sastavu Ministarstva finansija, a lokalni trezori organizacione jedinice unutar opština, gradova i fondova koji obavljaju poslove propisane ovim zakonom i zakonima kojima se uređuju lokalna uprava i samouprava i funkcija i nadležnost fondova.⁹

U Brčko Distriktu BiH, na snazi je Zakon o trezoru Brčko Distrikta BiH¹⁰ kojim je Trezor uspostavljen kao organizaciona jedinica Direkcije za finansije Brčko Distrikta BiH.

³ Sl. nov. FBiH 58/02, 19/03 i 79/07.

⁴ Čl. 2 al. a) Zakona o trezoru u FBiH (bilj. 3).

⁵ Čl. 2 al. g) Zakona o trezoru u FBiH (bilj. 3).

⁶ Sl. gl. BiH 27/00.

⁷ Čl. 1 st. 3 Zakona o trezoru u institucijama BiH (bilj. 6).

⁸ Sl. gl. RS 28/13.

⁹ Čl. 3 Zakona o trezoru RS (bilj. 8).

¹⁰ Sl. gl. BD BiH 3/07, 19/07 i 2/08.

Javne ustanove iz oblasti zdravstva do sada su, u obavljanju knjigovodstvenih, odnosno računovodstvenih poslova, uglavnom koristile kontne planove za privredna društva u skladu sa Pravilnikom o kontnom okviru, sadržaju konta i primjeni kontnog okvira za privredna društva¹¹ u Federaciji BiH, odnosno Pravilnikom o kontnom okviru i sadržini računa u kontnom okviru za privredna društva, zadruge, druga pravna lica i preduzetnike¹² u RS. Prelaskom na sistem trezorskog poslovanja, knjigovodstvo, odnosno računovodstvo javnih ustanova iz oblasti zdravstva moralo bi se voditi u skladu sa Pravilnikom o knjigovodstvu budžeta u Federaciji BiH¹³, odnosno Pravilnikom o budžetskim klasifikacijama, sadržini računa i primjeni kontnog plana za korisnika prihoda budžeta Republike, opština, gradova i fondova¹⁴ u RS.

Jedan od najznačajnijih elemenata trezorskog poslovanja jeste budžetska kontrola, koja podrazumijeva prethodno planiranje i obezbjeđenje sredstava za svaku konkretnu budžetsku stavku. To, između ostalog, znači da se npr. prije pokretanja postupka javne nabavke provjerava da li je predmetna nabavka planirana u budžetu i da li za nju postoje obezbjeđena sredstva. Računovodstvena kontrola vrši se na nivou svakog korisnika budžeta i to obavezno prije podnošenja zahtjeva za rezervaciju sredstava. Pored toga, vrši se i finansijska kontrola utroška sredstava u skladu sa odobrenim budžetom.¹⁵

Uvođenjem trezorskog poslovanja moralo bi doći i do značajnih promjena u vezi sa ostvarivanjem i utroškom vlastitih prihoda javnih zdravstvenih ustanova. Radi se o prihodima po osnovu prodaje usluga na tržištu, sistematskih pregleda, sudskih vještačenja, kliničkih ispitivanja lijekova i medicinskih sredstava, gotovinske naplate zdravstvenih usluga koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, gotovinske naplate zdravstvenih usluga od pacijenata koji nemaju zdravstveno osiguranje, zakupa prostora, itd. Ovakvi prihodi bi, po uvođenju trezorskog poslovanja, također morali biti uplaćivani na depozitni račun budžeta.

Da bi trezorski sistem poslovanja efikasno funkcionisao, jedan od elemenata koji mora biti uspostavljen je i centralizovano plaćanje svih izdataka sa jedinstvenog računa trezora. To znači da će trezor plaćati sve izdatke za sve budžetske korisnike s jednoga mjesta.¹⁶ Uzimajući u obzir da je prema ustavnim rješenjima u BiH oblast zdravstva u nadležnosti entiteta (Republika Srpska), podjeljenoj nadležnosti entiteta i kantona (Federacija BiH), odnosno u nadležnosti Brčko Distrikta BiH, jasno je da će, bez prethodne izmjene takvih ustavnih rješenja, i uvođenje trezorskog poslovanja u ovu oblast pratiti ista fragmentacija koja je već godinama glavna karakteristika sistema zdravstva u BiH. To i dalje znači najmanje 12 mjesta odakle se finansira zdravstvo i najmanje 12 „kontrolnih tačaka“.

Ovakva decentralizacija i ranije je dovođila i još uvijek dovođi do značajnih problema, kako u finansiranju zdravstvenih ustanova, tako i u ostvarivanju prava iz oblasti zdravstvene zaštite za stanovništvo. Tako npr. u Federaciji BiH, iako je po Zakonu o zdravstvenom osiguranju¹⁷ sistem

¹¹ Sl. nov. FBiH 82/10.

¹² Sl. gl. RS 79/09.

¹³ Sl. nov. FBiH 1/11.

¹⁴ Sl. gl. RS 90/10.

¹⁵ Savez općina i gradova Federacije BiH, *Vodič za uspostavljanje trezora*, s. 8, dostupno na: http://www.sogfbih.ba/uploaded/finansijski_okvir/dok/Vodic%20i%20smjernice/Azurirani%20vodic%20za%20usp%20ostavljanje%20trezora.pdf, očitavanje 23. 09. 2015.

¹⁶ Savez općina i gradova Federacije BiH (bilj. 15), s. 10.

¹⁷ Sl. nov. FBiH 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11.

obaveznog zdravstvenog osiguranja zasnovan na načelima solidarnosti i uzajamnosti, a Zakonom o zdravstvenoj zaštiti¹⁸ garantirana jednaka prava na zdravstvenu zaštitu svim osiguranim licima u Federaciji BiH, prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proističu iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja su po kantonima neujednačena, a što je najvećim dijelom uzrokovano upravo visokim stepenom decentralizacije zdravstvenog sistema u Federaciji BiH. Osigurana lica u svim kantonima ne ostvaruju jednaka prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, niti imaju jednakopravan i dostupan pristup svim nivoima zdravstvene zaštite i odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, posebno po pitanju ostvarivanja prava na usluge iz oblasti tercijarne zdravstvene zaštite.¹⁹

Uvođenje trezorskog poslovanja na načelima decentralizacije neće riješiti probleme ove vrste. Njime će se možda postići veći stepen finansijske kontrole nego što je to danas slučaj, ali zbog svoje rigidnosti ovakav način poslovanja može uzrokovati i sasvim nove probleme, posebno u segmentu planiranja rashoda. Ako se pođe od principa da se u okvirima trezorskog poslovanja ne može isplatiti ništa što nije unaprijed planirano i za što nisu unaprijed obezbjeđena sredstva, mogu se očekivati brojni problemi sa isplata npr. na ime liječenja osiguranika van područja kantona, odnosno entiteta, kojem pripadaju, ukoliko bi stvarno potrebna sredstva za ovu namjenu bila veća od planiranih. Isti bi slučaj mogao biti i sa plaćanjima na ime troškova za koje se sredstva ne obezbjeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, nego iz drugih izvora, npr. iz entitetskih ili kantonalnih budžeta, a ista ne budu obezbjeđena.

Tako je npr. u čl. 13 st. 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH propisano da kanton obezbjeđuje sredstva za vršenje osnivačkih prava nad zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač, a što obuhvata investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova - prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prevoznih sredstava, te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, u skladu sa planom i programom mjera zdravstvene zaštite za područje kantona koji utvrđuje vlada kantona, na prijedlog kantonalnog ministra. Praksa je međutim takva da kantoni uglavnom uopće ne obezbjeđuju sredstva za ove namjene, ili u najboljem slučaju obezbjeđuju minimalna sredstva koja nisu dovoljna za zadovoljavanje stvarnih potreba zdravstvenih ustanova. Tako su zdravstvene ustanove u situaciji da npr. za tekuće održavanje prostora, medicinske opreme i vozila, moraju ili koristiti sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su predviđena za sasvim druge namjene ili obezbijediti sredstva iz vlastitih izvora. Uspostavljanjem trezorskih kontrola, to više ne bi trebalo biti moguće.

Imajući to u vidu, postavlja se pitanje da li će uvođenje trezorskog poslovanja u zdravstvo „natjerati“ kantone u FBiH da konačno počnu poštivati svoje zakonske obaveze prema zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači ili će se pronaći neko drugo rješenje.

4. Smanjenje stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje

BiH još uvijek ima javno zdravstveno osiguranje koje se u najvećem dijelu finansira iz doprinosa za zdravstveno osiguranje. Ova oblast uređena je Zakonom o doprinosima FBiH²⁰ i Zakonom o

¹⁸ Sl. nov. FBiH 46/10 i 75/13.

¹⁹ Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, Obračun sredstava u zdravstvu FBiH za 2014. godinu, Sarajevo 2015, s. 8.

²⁰ Sl. nov. FBiH 35/98, 54/00, 16/01, 37/01, 1/02, 17/06 i 14/08.

doprinosima RS.²¹ Pri tome, treba imati u vidu činjenicu da više od polovine populacije koja je pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem nema obavezu plaćanja doprinosa (penzioneri, nezaposleni, invalidi i borci), te se njihovo zdravstveno osiguranje finansira transferima iz drugih vanbudžetskih fondova. Ovakvo stanje za posljedicu ima relativno visoke stope doprinosa za zaposlene kod poslodavaca koje iznose 12% u RS²² i čak 16,5 % u Federaciji BiH, od čega 12,5% predstavlja doprinos iz bruto plaće, na teret radnika i 4% doprinos na bruto plaću na teret poslodavca.²³

Osim toga, problem je što osnovice i stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji BiH, nisu ujednačene po kantonima ni za jednu kategoriju osiguranika, osim za zaposlene kod poslodavaca koje su utvrđene jedinstveno za Federaciju BiH. Za sve ostale kategorije osiguranika utvrđivanje osnovice i stope doprinosa je u nadležnosti kantonalnih vlasti. Doprinos za zdravstveno osiguranje pensionera uplaćuje se po stopi od 1,2% na iznos isplaćene penzije u Federaciji BiH, a u skladu sa Odlukom Vlade Federacije BiH iz 2004. godine. Osnovice i stope doprinosa za penzionere na kantonalnom nivou nisu usklađene sa navedenom odlukom Vlade Federacije BiH. Međutim, Federalni zavod PIO/MIO vrši uplatu doprinosa za sve penzionere u Federaciji BiH po stopi od 1,2% bez obzira na činjenicu da kantoni nisu uskladili svoje odluke o visini stope doprinosa sa navedenom Odlukom Vlade Federacije BiH koja je od strane kantona osporavana.²⁴ Po istoj stopi plaća se i doprinos za zdravstveno osiguranje pensionera u RS. Smanjenje stope doprinosa za zdravstveno osiguranje se u Reformskoj agendi spominje u kontekstu smanjenja opterećenja rada, pa je pretpostavka da se stopa za ostale kategorije osiguranika vjerovatno neće smanjivati.

S obzirom da u strukturi prihoda ostvarenih u obaveznom zdravstvenom osiguranju, najveći dio čine upravo prihodi od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje za osiguranike zaposlene kod poslodavaca, jasno je da će svako smanjenje stope doprinosa za ovu kategoriju osiguranika imati značajan uticaj na ukupna sredstva u zdravstvu od kojih zavisi ostvarivanje prava iz oblasti zdravstvene zaštite i kvalitet zdravstvenih usluga.

U tekstu Refomske agende je ovo prepoznato kao potencijalni problem, te je navedeno da će istovremeno biti potrebno osigurati dodatne prihode vanbudžetskim fondovima za pokriće gubitaka koji će nastati zbog smanjenja stope doprinosa. Konkretna mjera koja je predložena u tom kontekstu jeste povećanje akciza na duhan i alkohol i usmjeravanje na taj način prikupljenih sredstava u zdravstveni sistem. Postavlja se pitanje da li će to biti dovoljno ili će biti potrebno pronaći i dodatne izvore prihoda.

Nekoliko modela poreske reforme koji tretiraju i ovo pitanje predlagano je ranijih godina²⁵, od kojih su neki podrazumijevali čak i potpuno ukidanje doprinosa za obavezno zdravstveno

²¹ Sl. gl. RS 116/12.

²² Čl. 8 Zakona o doprinosima RS (bilj. 21).

²³ Čl. 10 Zakona o doprinosima FBiH (bilj. 20).

²⁴ Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH (bilj. 19), s. 13.

²⁵ V. Federalni zavod za programiranje razvoja, *Poreska reforma u funkciji investicija i zapošljavanja*, Sarajevo 2011, dostupno na: <http://www.fzzpr.gov.ba/bs/news/0/7/poreska-reforma-u-funkciji-investicija-i-zaposljavanja>, očitavanje 24. 09. 2015.

osiguranje i finansiranje zdravstva putem poreza, što bi značilo potpuni prelazak sa sadašnjeg Bismarckovog²⁶, na Beveridgeov²⁷ model zdravstvenog osiguranja.

5. Povećanje akciza na duhan i alkohol

Zakonom o akcizama u Bosni i Hercegovini²⁸ predviđeno je oporezivanje prometa akciznih proizvoda koji su proizvedeni u BiH kada ih proizvođač prvi put stavlja u promet i/ili uvoza akciznih proizvoda u BiH. Akciznim proizvodima, između ostalih, smatraju se i duhanske preradevine i alkohol i alkoholna pića.

Za alkohol, alkoholna pića i voćnu prirodnu rakiju akciza se plaća po litru apsolutnog alkohola i to:

- a) alkohol 15,00 KM;
- b) alkoholna pića 15,00 KM;
- c) voćna prirodna rakija 8,00 KM.²⁹

Na cigarete se plaća proporcionalna akciza u procentu na maloprodajnu cijenu i specifična akciza na 1.000 cigareta, odnosno za pakovanje od 20 komada. Proporcionalna akciza plaća se po stopi od 42% na osnovicu utvrđenu maloprodajnom cijenom i količinom po mjernoj jedinici za duhanske preradevine, a iznos specifične akcize utvrđuje Upravni odbor Uprave za indirektno oporezivanje BiH najkasnije do 30. oktobra tekuće godine za narednu godinu, kako bi se obezbijedila dinamika usklađivanja stopa akciza sa relevantnim evropskim direktivama, sve dok ukupno akcizno opterećenje cigareta sa najnižom maloprodajnom cijenom ne dostigne iznos od 176,00 KM za 1.000 komada. Godišnje povećanje specifične akcize ne može biti manje od 7,50 KM za 1.000 komada, odnosno 0,15 KM za pakovanje od 20 komada.³⁰

Prihodi po osnovu akciza uplaćuju se na Jedinstveni račun Uprave za indirektno oporezivanje BiH, a njihova raspodjela vrši se u skladu sa Zakonom o uplatama na jedinstveni račun i raspodjeli prihoda,³¹ kojim su regulirana pitanja doznačavanja i raspodjele prikupljenog prihoda Bosni i Hercegovini, Federaciji BiH, Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH. Svaki od entiteta svojim propisima regulira pitanja dalje raspodjele sredstava unutar entiteta. U Federaciji BiH to je Zakon o pripadnosti javnih prihoda na teritoriji Federacije BiH³², a u Republici Srpskoj Zakon o budžetskom sistemu Republike Srpske.³³

²⁶ Bismarckov model zdravstvenog osiguranja počiva na principima solidarnosti i uzajamnosti i podrazumijeva finansiranje javnog zdravstva iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac prikuplja od doprinosa koje plaća radno aktivno stanovništvo, dok su ranjive grupe stanovništva oslobođene plaćanja. Ovakav se model, pored BiH, primjenjuje i u Njemačkoj, Francuskoj, itd.

²⁷ Beveridgeov model zdravstvenog osiguranja podrazumijeva finansiranje zdravstva iz poreza koji plaćaju svi građani, pri čemu država određuje koliku svotu novaca mora platiti svaki pojedini građanin i koliki će dio tog novca usmjeriti u zdravstvo. Ovaj se model primjenjuje u Velikoj Britaniji i skandinavskim zemljama.

²⁸ Sl. gl. BiH 49/09, 49/14 i 60/14.

²⁹ Čl. 19 Zakona o akcizama u BiH (bilj. 28).

³⁰ Čl. 21a. Zakona o akcizama u BiH (bilj. 28).

³¹ Sl. gl. BiH 55/04, 34/07 i 49/09.

³² Sl. nov. FBiH 22/06, 43/08, 22/09 i 35/14.

³³ Sl. gl. RS 96/03, 14/04, 67/05, 34/06, 128/06, 117/07, 54/08, 126/08 i 92/09.

Zbog složenog ustavnog uređenja Federacije BiH, Zakonom o pripadnosti javnih prihoda na teritoriji FBiH ustanovljen je kompleksan sistem koeficijenata i proračuna na osnovu kojih se prihodi s Jedinstvenog računa dijele između entiteta, kantona, gradova i općina u Federaciji BiH. Pri izračunavanju koeficijenata raspodjele prihoda kantonima postoje objektivni kriteriji koji su isti za sve kantone, kao što su broj stanovnika, broj učenika srednjih škola, broj učenika osnovnih škola i ukupna površina kantona, ali postoje i kantoni koji su na temelju posebnih potreba dobili i posebne koeficijente,³⁴ zbog čega se ovaj zakon u posljednje vrijeme osporava u javnosti, te je iz nekoliko kantona u Federaciji BiH pokrenuta inicijativa za njegovim izmjenama.³⁵

Dodatno oporezivanje duhanskih prerađevina i alkoholnih pića, kao proizvoda štetnih po zdravlje, je potpuno opravdano i to iz najmanje tri razloga. *Prvo*, to je opravdano zbog povećanog rizika osiguranja, jer je nesporno da su konzumenti duhana i alkohola vrlo često i konzumenti usluga zdravstvene zaštite i to upravo zbog konzumiranja duhana i alkohola. *Drugo*, na ovaj način će se povećati ukupni prihodi budžeta i *treće*, ovakvo rješenje može imati pozitivan uticaj na odgovornost građana prema očuvanju vlastitog zdravlja.

Također, iz sličnih razloga sasvim je opravdano dio sredstava prikupljenih po ovom osnovu usmjeriti u zdravstveni sistem. Takva rješenja postoje i u uporednom pravu. Npr. u Republici Hrvatskoj, u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju³⁶, među izvorima sredstava, odnosno приходима обавезног здравственог осигурања су и приходи од посебног poreza na duhanske prerađevine i to na način da se 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine doznačuje iz državnog proračuna na račun Zavoda za zdravstveno osiguranje do petog dana u mjesecu za prethodni mjesec.³⁷

S tim u vezi, biće zanimljivo vidjeti na koji način će se ova ideja, koja je nesporno na dobrom tragu, implementirati u zakonodavstvo BiH, za koliko će akcize na duhan i alkohol biti povećane i koliki će na kraju procenat od ukupno prikupljenih sredstava po ovom osnovu biti usmjeren prema zdravstvenom sistemu, odnosno koliko će to biti novca u apsolutnom iznosu.

Ukoliko se ova mjera posmatra u širem kontekstu, posebno u vezi sa predloženom mjerom smanjenja stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, jasno je da iznos sredstava koji se kroz povećanje akciza na duhan i alkohol unese u zdravstveni sistem, ne bi smio biti manji od iznosa za koji će zdravstveni sistem biti uskraćen smanjenjem doprinosa.

6. Normiranje mreže zdravstvenih ustanova

Normiranje mreže zdravstvenih ustanova moralo bi podrazumijevati usvajanje dokumenta kojim bi se za područje cijele BiH, njenih entiteta, Brčko Distrikt, kantona, gradova i općina, utvrdio potreban broj javnih zdravstvenih ustanova u svim organizacionim oblicima, privatnih zdravstvenih ustanova i ordinacija, odnosno potreban broj timova na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, medicinskih sestara, broj timova specijalističko-

³⁴ Više informacija vidjeti u analizi Instituta za društveno-politička istraživanja na: <http://www.idpi.ba/raspodjela-neizravnih-poreza-u-federaciji-bih-odnosno-kako-je-sarajevo-dobilo-12-milijarde-km-prihoda-drugih-zupanija/>, očitavanje 22. 09. 2015.

³⁵ Više informacija vidjeti na: <http://www.tuzla-global.net/>, očitavanje 22. 09. 2015.

³⁶ Nar. nov. RH 80/13 i 137/13.

³⁷ Čl. 72 st. 2 Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju RH (bilj. 36).

konsultativne zdravstvene zaštite, potreban broj postelja po djelatnostima i po vrstama bolničkih zdravstvenih ustanova i čitav niz drugih pitanja.

Pri tome je neophodno unaprijed do kraja objektivizirati kriterije za određivanje mreže zdravstvenih ustanova i zasnovati ih prije svega na demografskim i ekonomskim parametrima, kao što su broj stanovnika, broj osiguranih osoba, zdravstveno stanje stanovništva, socijalna struktura i demografske karakteristike stanovnika, gravitirajući broj stanovnika, specifične karakteristike pojedinih područja, raspoloživost zdravstvenih resursa i ekonomske mogućnosti.

Prvi korak u ovom smjeru u FBiH je učinjen donošenjem Naredbe o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH³⁸ kao dokumenta koji sadrži stručno, naučno i iskustveno dogovorene norme, kojima se na realnim osnovama objektivizira rad u zdravstvu i garantuje određeni standard i kvalitet usluga pod jednakim uslovima za sve osigurane osobe. Ovakav dokument može biti osnov za utvrđivanje mreže zdravstvenih ustanova.

Pri normiranju mreže zdravstvenih ustanova nužno je spriječiti dupliranje kapaciteta, koje danas postoji najčešće u domenu primarne zdravstvene zaštite, ali ga ima i u sekundarnoj, pa čak i u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. To bi se moglo izbjeći tako što bi se, prilikom normiranja mreže, izvršila integracija pružanja zdravstvenih usluga po regionalnom principu. Na takav način bi se bolje iskoristili postojeći resursi i infrastruktura, smanjili bi se ukupni troškovi, povećala efikasnost rada i fleksibilnost u upravljanju kadrovima.

Također, treba imati u vidu da se u mrežu zdravstvenih ustanova mogu uključiti kako javne, tako i privatne zdravstvene ustanove i privatne prakse, kada je to neophodno radi obezbjeđivanja dostupnosti kvalitetne i efikasne zdravstvene zaštite. Privatni pružaoci usluga bi u tom slučaju morali biti izjednačeni sa javnim u smislu plaćanja javnim sredstvima za zdravstvene usluge koje pružaju.

I u ovom segmentu će se, prilikom realizacije ove mjere, pojaviti problem decentraliziranog sistema. Ukoliko se ostavi mogućnost za različito normiranje kriterija za određivanje mreže zdravstvenih ustanova u različitim dijelovima zemlje, ponovo će doći do nejednakog rasporeda finansijskih sredstava i nejednakosti u ostvarivanju prava na pristup zdravstvenoj zaštiti. Zato je iznimno bitno da se ovi kriteriji utvrde na nivou BiH ili da bar budu usaglašeni ako se budu utvrđivali na nižim nivoima.

7. Smanjenje sive ekonomije

Siva ekonomija je ekonomski pojam i podrazumijeva obavljanje ekonomske aktivnosti mimo odgovarajuće pravne regulative (neformalna ekonomija) ili se rezultati obavljanja sasvim legalne aktivnosti iz ekonomskih razloga prijavljuju i namjerno deklariraju u manjem iznosu (potcjenjivanje) ili uopće ne deklariraju (pokrivanje). Zajedničko obilježje svih aktivnosti obuhvaćenih pojmom siva ekonomija jeste da postoje određene nepravilnosti ili u vezi sa aktivnostima ili s dostupnim informacijama o tim aktivnostima. Promatrano na makroekonomskoj razini, sivu ekonomiju predstavljaju sve ekonomske aktivnosti pojedinaca,

³⁸ Sl. nov. FBiH 82/14 i 107/14.

neformalnih skupina ili organizacija koje, bar u nekim elementima, ne poštuju određene institucionalne procedure, odnosno izbjegavaju bar neke od komponenata društvene regulative.³⁹

Siva ekonomija u BiH je najprisutnija u oblasti rada i to putem rada na crno, rada na sivo i sniženja plata uz istovremeno povećanje naknada koje se ne oporezuju (topli obrok i troškovi prevoza). Osim što poreska evazija dovodi do nelojalne konkurencije, preveliko oslanjanje na direktne poreze dovodi i do većih administrativnih troškova prikupljanja tih poreza.⁴⁰

Neprijavlivanje radnika ili prijavljivanje primanja radnika na nivou minimalne neto plaće za posljedicu ima smanjen priliv sredstava u zdravstvene fondove po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje. Također, u praksi je česta pojava da veliki broj vlasnika privatnih privrednih društava, advokata, notara, itd., doprinose za zdravstveno osiguranje obračunavaju na nerealnu nisku osnovicu, odnosno plaću, tako što prikazuju plaću koja nije veća od prosječne, nekad čak i minimalnu, iako je sasvim jasno da ostvaruju znatno veće prihode.

U Reformskoj agendi je navedeno da će se aktivno težiti obeshrabrivanju rada u sivoj ekonomiji, uključujući putem sprečavanja prijava nižeg dohotka kao osnova za obračun i plaćanje poreza i doprinosa, ali je ostalo nejasno kojim konkretnim metodama će se ova pojava spriječiti. U jednom dijelu je to svakako moguće učiniti, npr. za vlasnike privatnih preduzeća odgovarajućim izmjenama Zakona o doprinosima i utvrđivanjem minimalne osnovice za obračun doprinosa na iznos dvije ili tri prosječne plaće. Međutim, pojavu prijave nižeg dohotka za radnike će biti puno teže suzbiti izmjenama propisa.

U svakom slučaju, smanjenje sive ekonomije, bez obzira na koji način izvedeno, ukoliko bude uspješno, sigurno će imati pozitivan učinak i na punjenje zdravstvenih fondova u BiH.

8. Povećanje stope PDV-a

Iako nije izričito navedeno kao mjera koja je već usaglašena, povećanje stope PDV-a se spominje u tekstu Reformske agende kao dodatna mjera koja će se razmotriti ukoliko se već usaglašene mjere fiskalne konsolidacije kroz smanjivanje javne potrošnje i povećanje javnih prihoda, pokažu nedovoljnim. Ukoliko do ove mjere ipak dođe, ona bi morala imati efekte i na zdravstveni sistem i stoga bi vlasti morale pokušati ispraviti određene sistemske manjkavosti koje je uvođenje PDV-a prouzrokovalo u zdravstvenom sektoru.

Donošenjem Zakonom o porezu na dodatu vrijednost⁴¹ država je zdravstvene ustanove dovela u apsurdnu situaciju, sa kojom su zapravo i počele njihove finansijske dubioze, a za koju ni skoro deset godina poslije nije pronađeno odgovarajuće rješenje. Za razliku od drugih, profitnih djelatnosti, PDV je u zdravstvu doveo do određenog paradoksa. Naime, od početka primjene Zakona o PDV-u, svaka ulazna faktura koja tokom određenog perioda kumulira ukupne troškove poslovanja zdravstvene ustanove, sadrži i PDV. To znači da zdravstvena ustanova na sve robe i usluge koje nabavlja u svrhu obavljanja svoje osnovne funkcije (pružanje zdravstvenih usluga stanovništvu) mora odmah platiti porez. S druge strane, usluge zdravstvene zaštite su u skladu sa

³⁹ Lj. Vladušić/V. Pantić, *Neosmatrana i siva ekonomija u BiH*, Centralna banka BiH, Sarajevo 2008, s. 8.

⁴⁰ G. Mirašić/H. Abaspahić, *Poreska politika u funkciji ekonomskog rasta i zapošljavanja u Federaciji Bosne i Hercegovine*, Zbornik radova II Međunarodne konferencije Bosna i Hercegovina i Euroatlanske integracije – Trenutni izazovi i perspektive, Bihać 2014, s. (641-653) 651.

⁴¹ Sl. gl. BiH 9/05, 35/05 i 100/08.

Zakonom o PDV-u oslobođene od plaćanja PDV-a,⁴² ali zdravstvene ustanove nemaju pravo na odbitak ulaznog poreza.⁴³

Na ovakav način, zdravstvene ustanove su od početka primjene Zakona o PDV-u u budžet uplatile stotine miliona KM, od čega im ništa nije vraćeno. Stoga bi bilo opravdano razmotriti mogućnost da se zdravstvenom sistemu pomogne i kroz izmjene Zakona o PDV-u. To bi se moglo učiniti ili kroz omogućavanje odbitka ulaznog poreza, odnosno povrata dijela uplaćenog poreza ili kroz oslobađanje od plaćanja PDV-a ili bar smanjenje stope PDV-a na lijekove i medicinska sredstva koje zdravstvene ustanove nabavljaju u svrhu obavljanja svoje djelatnosti ili kroz namjensko usmjeravanje jednog dijela prihoda od PDV-a u zdravstveni sistem.

Ovakva će mjera možda biti i nužna ukoliko se sredstvima koja se u zdravstveni sistem usmjere od prihoda nastalih povećanjem akciza na duhan i alkohol ne bi mogao pokriti nedostatak sredstava u zdravstvenim fondovima koji će izazvati smanjenje doprinosa za zdravstveno osiguranje.

9. Finansijska podrška Svjetske banke

Reformskom agendom je predviđeno da će vlasti u BiH od Svjetske banke, kroz program DPL⁴⁴, tražiti da osigura tehničku i finansijsku podršku za reorganizaciju zdravstvenog sektora, te da će sredstva koja dobiju na ovaj način iskoristiti za izmirenje obaveza u zdravstvenom sektoru, posebno doprinosa. Često se u medijima pojavljuju informacije o visini duga zdravstvenih ustanova prema državi po osnovu poreza i doprinosa i prema dobavljačima za isporučene robe i usluge. Tako je nedavno objavljeno da je ukupan dug bolnica u Federaciji BiH 339 miliona KM⁴⁵, ili da je ukupan dug zdravstvenog sektora Republike Srpske oko milijardu KM.⁴⁶ Zvanične podatke nije moguće pronaći, ali je jasno da su ukupna dugovanja unutar zdravstvenog sistema u BiH ogromna i da zdravstvene ustanove nemaju načina da ova dugovanja izmire. Stoga je neophodno da vlasti poduzmu odgovarajuće aktivnosti na izmirenju ovih dugovanja, kako je to već urađeno u susjednim državama.

Naime, u Republici Hrvatskoj je 2012. godine donesen Zakon o sanaciji javnih ustanova⁴⁷ na osnovu kojeg je kasnije Vlada RH donijela odluke o sanaciji zdravstvenih ustanova⁴⁸, kojima je uređen postupak i način provođenja sanacije zdravstvenih ustanova u cilju postizanja finansijske stabilnosti i jačanja odgovornosti u upravljanju, te povećanja kvaliteta i efikasnosti u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove.

U Republici Srbiji je krajem 2012. godine donesen Zakon o preuzimanju obaveza zdravstvenih ustanova prema veleprodajama po osnovu nabavke lekova i medicinskog materijala i pretvaranju tih obaveza u javni dug Republike Srbije⁴⁹. Cilj donošenja ovog zakona bio je da se

⁴² Čl. 24 al. 2 Zakona o porezu na dodatu vrijednost (bilj. 41).

⁴³ A. Salihović, *Zdravstvena djelatnost u PDV sistemu BiH*, Zbornik radova 14. Međunarodnog simpozija „Zaokret ka inovativnoj i kreativnoj BiH“, Neum 2013, ss. (131-149) 137-138.

⁴⁴ Development policy loan – Kredit za razvojnu politiku.

⁴⁵ Izvor: <http://www.nezavisne.com/novosti/drustvo/Mandic-Bolnice-u-FBiH-duguju-339-miliona-KM/324372>, očitavanje 25. 09. 2015.

⁴⁶ Izvor: <http://www.rtvbn.com/350224/Dug-zdravstva-Srpske-cak-milijardu-KM>, očitavanje 25. 09. 2015.

⁴⁷ Nar. nov. RH 136/12 i 151/14.

⁴⁸ Odluke objavljene u Nar. nov. RH 35/13, 58/13 i 58/13.

⁴⁹ Sl. gl. R Srbije 119/12.

izmire dugovanja zdravstvenih ustanova po osnovu isporučenih lijekova, kako se ne bi dovela u pitanje zdravstvena zaštita i snabdijevanje lijekovima i medicinskim sredstvima. Zakonom je propisano da Republika Srbija preuzima kao javni dug, kao i da će Vlada, na prijedlog ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, posebnim aktom utvrditi visinu pojedinačnog potraživanja svake veletrgovnice, čiji će ukupan iznos predstavljati ukupan dug. I hrvatski i srbijanski model izmirenja dugova zdravstvenih ustanova podrazumijeva kreditno zaduženje države, tako da je razumljiva namjera vlasti u BiH da podršku za provođenje ove mjere traže od Svjetske banke kroz kreditni aranžman.

S obzirom da je od početka primjene navedenih propisa u Hrvatskoj i Srbiji prošao relativno kratak vremenski period, još uvijek je rano za bilo kakvu ocjenu svih njihovih učinaka. Ono što je nesporno jeste činjenica da BiH, zbog stanja u kojem se njeno zdravstvo nalazi, a posebno zbog visine dugovanja zdravstvenih ustanova, zapravo nema izbora, kao što ga nisu imale ni Hrvatska i Srbija, i mora posegnuti za kreditnim sredstvima kako bi riješila ovaj problem.

Pitanje je samo koliko će efikasno biti utrošena sredstva dobijena na taj način, odnosno da li će vlasti u BiH primjenom drugih mjera, od kojih su neke sastavni dio Reformske agende, i restrukturiranjem zdravstvenog sistema, iznaći mogućnost da ovaj sistem postavi na zdravije temelje kako u budućnosti ne bi proizvodio nove gubitke.

10. Šta nedostaje?

Nakon sagledavanja Reformske agende sa stanovišta zdravstvenog sistema i analize u njoj predloženih mjera koje će imati uticaja i na zdravstvo, ostaje dojam da nešto ipak nedostaje, odnosno da nekoliko važnih pitanja nije uzeto u obzir. To je posebno bitno ako se ima u vidu činjenica da se o nekim temama u kontekstu reforme zdravstva već dugo govori i da su neke aktivnosti na tom planu već u toku. S tim u vezi, reforme u zdravstvu ne bi smjele zaobići reformu finansiranja bolničkih zdravstvenih usluga, započetu prije nekoliko godina, kao niti rješavanje problema liječenja neosiguranih lica.

10.1. Reforma finansiranja bolničkih zdravstvenih usluga

Prethodnih godina provedeno je nekoliko projekata⁵⁰ koji su za cilj imali reformu načina plaćanja bolničkih zdravstvenih usluga i to kroz uvođenje plaćanja po tzv. DRG⁵¹ sistemu. Osnovna ideja plaćanja po DRG sistemu je plaćanje po epizodi, pri čemu je epizoda razdoblje od prijema do otpusta iz bolnice. Trajanje epizode može varirati. Može biti jedan ili mnogo dana, a svi troškovi nastali u tom razdoblju uključeni su u cijenu. Ovo znači da je sva zdravstvena zaštita uključena u epizodu i da postoji samo jedno plaćanje za epizodu. Ovaj se pristup obično naziva plaćanje “po slučaju”. Ovakav način plaćanja koristi se u gotovo svim zemljama Europske unije.⁵²

⁵⁰ Npr. SITAP projekt Svjetske banke 2003-2007 i Projekt jačanja zdravstvenog sektora – Izgradnja kapaciteta u ugovaranju sa pružateljima usluga Svjetske banke 2008-2010.

⁵¹ Diagnosis Related Groups – dijagnostički srodne grupe.

⁵² T. Strizrep, *Dijagnostičko-terapijske skupine (DTS): Priručnik za zdravstvene radnike*, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, dostupno na: http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf, očitavanje 25. 09. 2015.

Reforma finansiranja bolničke zdravstvene zaštite u BiH podrazumijevala je implementaciju sistema prikupljanja podataka korištenjem DRG metodologije, analizu prikupljenih podataka, određivanje prikladnih cijena za DRG kategorije i, na kraju, implementaciju novog modela ugovaranja za pacijente na bolničkom liječenju, koji bi imao potencijal da osigura kontrolu nad troškovima pružanja zdravstvene zaštite i da poboljša učinkovitost zdravstvenih ustanova u pružanju zdravstvenih usluga. Međutim, ove aktivnosti do danas nisu okončane i praktično je nemoguće doći do informacije dokle se zapravo došlo, zbog čega je proces zastao i kada se očekuje realizacija preostalih aktivnosti.⁵³

Također je bitno istaći da je u početnim fazama implementacije ove reforme bilo sporno s kojeg nivoa će sistem DRG u BiH biti operativno rukovođen. Prvobitnu ideju da to bude sa nivoa BiH, odnosno da se u okviru Ministarstva civilnih poslova BiH uspostavi jedinica koja bi bila odgovorna za te funkcije, vjerovatno neće biti moguće realizirati. Tako će u RS Fond zdravstvenog osiguranja RS biti institucija u čijoj nadležnosti će se osigurati potreban operativni rad za implementaciju DRG projekta, dok će u FBiH to vjerovatno biti Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, osim ako se i ova aktivnost ostavi u nadležnost kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja.

Reforma zdravstvenog sistema kao cjeline, u skladu sa Reformskom agendom, bi u svakoj varijanti morala podrazumijevati i konačnu implementaciju započete reforme finansiranja bolničke zdravstvene zaštite i uvođenje plaćanja po DRG sistemu, kakav je u većini zemalja Europske unije. DRG sistem je poželjan i za pacijente i za zdravstvene ustanove, jer omogućava kretanje novca za pacijentom, odnosno plaćanje zdravstvenih usluga izvršitelju u skladu s realnim troškovima pri pružanju usluga. Ovim modelom finansiranja bolničkih usluga moguće je postići relativno objektivno i realno vrednovanje stvarnih učinaka zdravstvenih ustanova, što će dovesti do racionalizacije njihovih materijalnih, finansijskih i ljudskih resursa i povećanja kvaliteta zdravstvene zaštite, a to će u krajnjoj mjeri svakako rezultirati i povećanim zadovoljstvom pacijenata.

10.2. Liječenje neosiguranih lica

Iako propisi koji reguliraju oblast zdravstvenog osiguranja u BiH u načelu proklamiraju „univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem“ s ciljem osiguranja jednake dostupnosti zdravstvene zaštite za sve, ipak je značajan dio stanovništva ostao izvan sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Prema podacima iz Obračuna sredstava u zdravstvu u FBiH, zdravstvenim osiguranjem na nivou FBiH u 2014. godini bilo je obuhvaćeno 86,43% stanovništva. Obuhvat zdravstvenim osiguranjem po pojedinim kantonima je različit. Najveći stepen obuhvata osiguranjem je u Zapadno-hercegovačkom kantonu od 99,95%, a najmanji u Kantonu 10 od 63,94%.⁵⁴ Dakle, na nivou FBiH je neosigurano blizu 15% stanovništva.

⁵³ Više informacija o do sada poduzetim aktivnostima vidjeti u: K. Karol/K. Kalanj/R. Thiel, *Reforma financiranja sekundarne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini*, Početni izvještaj, Konačna verzija, 2011, dostupno na: http://skbm.ba/files/file/DRGBIH_pocetni_izvjestaj.pdf, očitavanje 25. 09. 2015.

⁵⁴ Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH (bilj. 19), s. 12.

Parlament Federacije 2009. godine donio je Odluku o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava⁵⁵ s ciljem izjednačavanja prava na zdravstvenu zaštitu na području cijele Federacije za osigurana lica, te uvođenja paketa minimalnih prava na zdravstvenu zaštitu za neosigurana lica. Ovom Odlukom predviđeno je da se paket zdravstvenih prava za neosigurana lica finansira iz budžeta kantona, odnosno općine prema mjestu zadnjeg prebivališta neosiguranog lica. Međutim, ova prava su do danas ostala samo mrtvo slovo na papiru jer većina kantona, odnosno općina nije predvidjela sredstva za ove namjene u svojim budžetima.⁵⁶

Odlukom o minimalnom paketu osnovne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj⁵⁷, za razliku od sličnog propisa u Federaciji, uopće nije definiran osnovni paket zdravstvenih prava za neosigurana lica.

Nesporno je da su vlasti u BiH, prvenstveno u FBiH, donijele određene propise koji omogućavaju ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite svim građanima, uključujući i posebno ranjive grupacije. Ti propisi, iako su trenutno na snazi, zbog nedostatka koordinacije između različitih nivoa vlasti nisu u potpunosti primjenjeni. Dakle, vlast je samo formalno ispunila svoje obaveze iz međunarodnih dokumenata kojima je regulisana zaštita ljudskih prava i zabrana diskriminacije, donoseći odgovarajuće propise kojima su emitovana određena prava ranjivim grupama stanovništva. Međutim, s obzirom na prirodu prava na zdravlje, u ovom slučaju je razlika između obaveze postupanja i obaveze rezultiranja od suštinskog značaja. Kada vlasti postupaju u cilju implementacije ovog prava, one ne samo da trebaju donijeti propise i formirati tijela za njihovo provođenje, nego moraju i osigurati da se ti propisi zaista primjenjuju i postignu željene rezultate. S obzirom da nisu adekvatno iskoordinirale svoje aktivnosti i omogućile provođenje normativnog okvira koji uređuje oblast zdravstva, vlasti u BiH flagrantno krše prava određenog broja građana i iste dovode u diskriminirajući položaj. Sasvim je jasno da, bez obzira na složenost sistema zdravstva u BiH, procedure za ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu trebaju biti koordinirane i uređene na jedinstven način, a posebno uzimajući u obzir društvene i socijalne prilike u kojima se nalazi jedan dio populacije, koji je, ne vlastitom krivicom, ostao izvan sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja. Složenost zakonskog okvira u BiH ne može biti isprika vlastima na bilo kojem nivou za neobezbjeđivanje poštivanja ljudskih prava.⁵⁸

Reforma zdravstva, bez obzira na način na koji bude provedena, neće biti potpuna dok se ne riješi pitanje liječenja neosiguranih lica, koje je sve veći problem, kako za sama neosigurana lica, tako i za zdravstvene ustanove koje im pružaju usluge koje im niko ne plaća.

11. Zaključak

Opći je utisak da je Reformska agenda prilično uopćen dokument i da ne daje dovoljno uvida u konkretne mjere koje vlasti u BiH namjeravaju provesti. To je i razumljivo ako se ima u vidu način njenog usaglašavanja i donošenja, koji je posljedica složene ustavne strukture države i

⁵⁵ Sl. nov. FBiH 21/09.

⁵⁶ E. Mujkić, *Ostvarivanje prava pacijenata u Bosni i Hercegovini*, Sveske za javno pravo, Sarajevo 14/2014, s. (57-68) 61.

⁵⁷ Sl. gl. RS 21/01.

⁵⁸ Preporuka Ombudsmana za ljudska prava BiH br. P-171/11 u predmetu br. Ž-SA-03-528/11, s. 8, dostupno na: http://www.ombudsmen.gov.ba/documents/obudsmen_doc2013021504104014eng.pdf, očitavanje 25. 09. 2015.

podjele nadležnosti između različitih nivoa vlasti. Upravo će to vjerovatno biti i najveća prepreka implementiranju mjera utvrđenih Reformskom agendom.

Ukoliko se navedene mjere zaista i provedu, to će sigurno imati značajne implikacije na zdravstveni sistem u BiH. Neke od tih mjera, poput usmjeravanja sredstava prikupljenih povećanjem akciza na duhan i alkohol prema zdravstvu, će imati pozitivne efekte, dok će neke druge, poput smanjenja doprinosa na obavezno zdravstveno osiguranje, imati negativne efekte na cjelokupan zdravstveni sektor. Stoga će biti iznimno važno sinkronizirati aktivnosti u vezi sa provođenjem ovakvih mjera sa suprotnim učincima, kako bi se izbjegle veće anomalije i nestabilnost ionako nestabilnog sistema. Ostaje da se vidi da li će ukupan zajednički učinak svih ovih mjera u međusobnoj vezi dovesti do povećanja finansijske stabilnosti zdravstvenih ustanova.

Međutim, čak i pod pretpostavkom da se sve predložene mjere provedu i daju očekivane rezultate, to će eventualno pomoći u stabiliziranju finansijske situacije, što je samo jedna strana problema u zdravstvu. Druga strana problema, koju čine pitanja nejednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti, diskriminacije dijelova stanovništva u ostvarivanju prava na zdravlje i potpune izolacije jednog dijela stanovništva iz sistema zdravstva, izgleda da još uvijek nije na dnevnom redu vlasti u BiH. Također, ni pitanja poput neravnomjerne raspodjele sredstava u zdravstvu, utvrđivanja jedinstvene liste lijekova koji se izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, privatizacije zdravstvenih ustanova ili korupcije u zdravstvu, još uvijek nisu u fokusu pažnje.

Na kraju, može se zaključiti da mjere definirane Reformskom agendom, u najboljem slučaju, mogu kratkoročno ili srednjeročno poboljšati finansijsko stanje u zdravstvu i to će vjerovatno biti njihov krajnji domet. Bilo kakvo suštinsko restruktuiranje zdravstvenog sistema i njegovo postavljanje na potpuno zdrave temelje, što bi omogućilo s jedne strane dugoročnu održivost bez ponovnog zapadanja u iste probleme, a s druge strane potpunu jednakost građana u osvarivanju prava iz oblasti zdravstvene zaštite, moguće je jedino kroz promjenu ustavnog uređenja BiH, koja je sa stanovišta zdravstvenog sektora apsolutno neophodna.

Da je tako, vjerovatno će se vrlo brzo pokazati kroz aktivnosti na realizaciji već usaglašenih mjera iz Reformske agende, koje će sigurno biti opstruirane i usporavane sa različitih nivoa vlasti, kao što je to nebrojeno puta do sada bio slučaj.