

Ervin Mujkić*

Pravni i ekonomski aspekti dijalize u Federaciji Bosne i Hercegovine

Sadržaj

1. Uvod
2. Pravni okvir i uvjeti za rad dijaliznih centara
3. Organizacija i rad dijaliznih centara
4. Pristanak pacijenta na dijalizu
5. Socijalni status i prava pacijenata na dijalizi
6. Finansiranje dijalize
7. Ugovaranje pružanja usluga dijalize kroz javno-privatno partnerstvo
8. Transplantacija bubrega kao alternativa
9. Zaključak

1. Uvod

Pod pojmom dijaliza se u medicinskoj literaturi podrazumijeva proces koji se koristi za zamjenu funkcije bubrega kod njihovog zatajenja. Riječ je o otklanjanju otpadnih produkata i viška vode iz tijela. Dijaliza može u većoj mjeri zamijeniti ekskretornu funkciju bubrega, ali ne i njihovu endokrinu funkciju¹. Postoje dvije metode dijalize: *hemodijaliza*, pri kojoj se krv otklanja iz tijela i pumpa u aparat koji odvaja toksične tvari i vraća pročišćenu krv u tijelo i *peritonealna dijaliza*, kod koje se u trbušnu šupljinu pacijenta ulijeva posebna peritonealna tekućina koja difuzijom izvlači toksične tvari iz tkiva².

Pojava dijalize kao medicinske procedure kojom se uspijeva nadomjestiti funkcija bubrega, pored toga što je značila nadu pacijentima sa bubrežnom bolešću da će nastaviti živjeti, dovela je i do otvaranja složenih etičkih pitanja. Brojni autori se slažu u stavu da se upravo za dijalizu može vezati i trenutak definitivnog rođenja bioetike, kojim se smatra formiranje prvog etičkog komiteta 1962. godine u Seattleu (SAD), kada je trebalo odlučiti kome će od oko 15.000 bubrežnih bolesnika, koliko ih je tada bilo u tom području, biti dostupan prvi i tada jedan jedini aparat za dijalizu³. Danas takvi problemi uglavnom više ne postoje, ali to ne znači da dijaliza više nije zanimljiva sa etičkog, pravnog ili ekonomskog aspekta.

* Autor je diplomirani pravnik i saradnik FCJP.

¹ S. Bodnaruk i dr, *Komentari zdravstvenih zakona*, Sarajevo 2011, s. 162.

² Usp. na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-bubrega-i-mokracnih-putova/zatajenje-bubrega/dijaliza>, pristup: 20. 12. 2017.

³ E. Salihbegović, *Medicinska praksa i etičko pitanje*, Sarajevo 2008, s. 34.

U javnost su u nekoliko navrata izlazile procjene prema kojima u Federaciji BiH ima oko 2.000 pacijenata koji zavise od dijalize⁴, kao i da svaki deseti građanin ima neki stadij hronične bubrežne bolesti⁵. Međutim, u Izvještaju Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH o izvršenju finansijskog plana federalnog fonda solidarnosti za 2016. godinu, navedeno je da su, na bazi broja izvršenih usluga hronične hemodijalize, u prosjeku tokom cijele 2016. godine na mjesečnom nivou na dijalizi bila 1.202 pacijenta⁶.

Programom zdravstvene zaštite utvrđena je obaveza da se svim pacijentima sa bubrežnom insuficijencijom osigura dijalizni tretman, tako da se ovi pacijenti automatski uključuju u dijalizni tretman nakon uspostavljene medicinske indikacije za dijalizu. Stoga se pitanjima pravnog normiranja i finansijskog okvira za organizaciju i funkcioniranje sistema dijaliznog liječenja, svakako treba posvetiti odgovarajuća pažnja.

U Bosni i Hercegovini ne postoji jedinstven institucionalni standard organiziranja dijaliznih centara. Dok je u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH djelatnost dijalize praktično izuzeta iz javnog zdravstvenog sistema i obavlja se u privatnim dijaliznim centrima od kojih nadležni fondovi zdravstvenog osiguranja „kupuju“ zdravstvene usluge za svoje osiguranike na osnovu ugovora zaključenih u skladu sa tamošnjim zakonima o javno-privatnom partnerstvu, u Federaciji BiH dijaliza se još uvijek obavlja isključivo u javnim zdravstvenim ustanovama.

2. Pravni okvir i uvjeti za rad dijaliznih centara

*Zakon o zdravstvenoj zaštiti F BiH*⁷ propisuje da su centri za dijalizu zdravstvene ustanove sekundarne zdravstvene zaštite, koje obavljaju dijagnostiku i liječenje pacijenata kroz tretman hemodijalize i peritonealne dijalize, a mogu se organizirati kao samostalne zdravstvene ustanove, dio doma zdravlja ili dio bolnice⁸. Temeljem ovog zakona, Federalni ministar zdravstva donio je Pravilnik o uvjetima u pogledu prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme za osnivanje i organizaciju rada zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost dijalize⁹ (u daljem tekstu: Pravilnik o uvjetima), kojim se utvrđuju bliži uslovi u pogledu prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme za osnivanje i organizaciju rada zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost dijalize, kategorizacija dijaliznih centara i postupak njihove verifikacije, kategorizacija zdravstvenih usluga, radnih timova u dijaliznim centrima, edukacija zaposlenih u dijaliznim centrima, kategorizacija medicinsko-tehničke opreme u dijaliznim centrima, sadržaj standardnog seta lijekova i potrošnog materijala za dijalizu, uslovi zdravstvene ispravnosti vode za dijalizu, te provođenje stručnog nadzora nad radom dijaliznih centara.

⁴ Izvor: <https://faktor.ba/vijest/bubrezn-bolesnici-u-fbih-ocajni-svega-nam-je-dosta-ako-treba-iskljucit-cemo-se-s-dijalize-251682>, pristup: 20. 12. 2017.

⁵ Izvor: <https://www.klix.ba/vijesti/bih/u-sarajevu-obiljezen-svjetski-dan-bubrega-svaki-deseti-gradjanin-ima-hronicnu-bubrezn-bolest/170312036>, pristup: 20. 12. 2017.

⁶ Izvor: Izvještaj Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH o izvršenju finansijskog plana federalnog fonda solidarnosti za 2016. godinu, s. 12, dostupno na: http://www.parlamentfbih.gov.ba/dom_naroda/v2/userfiles/file/Materijali%20u%20proceduri_2017/Izvjestaj%20Fond%20solidarnosti%20Anex%201%20B.pdf, pristup: 20. 12. 2017.

⁷ *Sl. nov. F BiH* 46/10 i 75/13.

⁸ *Ibid*, čl. 96 st. 1 i 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

⁹ *Sl. nov. F BiH* 89/11 i 101/14.

Dijalizna djelatnost u Federaciji BiH kategorizirana je u nekoliko grupa, u zavisnosti od oblika organizacije zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja. Tako su dijalizni centri univerzitetsko-kliničkih bolnica svrstani u kategoriju "A", kantonalnih bolnica u kategoriju "B", općih bolnica u kategoriju "C", a dijalizni centri u okviru domova zdravlja, samostalnih zdravstvenih ustanova, prirodnih lječilišta i privatnih praksi, svrstani su u kategoriju "D". Pored toga, univerzitetsko-kliničke, kantonalne i opće bolnice mogu formirati i dislocirane, tzv. satelitske dijalizne centre, ukoliko za to postoji potreba zbog prevelikog broja bolesnika u matičnoj ustanovi, kao i zbog velike udaljenosti od mjesta stanovanja bolesnika do najbližeg dijaliznog centra.

Sanitarno-tehnički i higijenski uvjeti objekata i prostorija dijaliznih centara, podrazumijevaju čitav niz detaljno pobrojanih uslova koji trebaju obezbijediti da te prostorije udovoljavaju svim propisanim komunalnim i sanitarnim uvjetima vodoopskrbe i odvodnje sanitarnih i drugih otpadnih voda, električnog dovoda, priključaka i plinovodnih i drugih instalacija, kao i protupožarne zaštite, te bezbijeđnog odlaganja medicinskog i drugog otpada.

U vezi sa uvjetima prostora, u dijaliznom centru je potrebno osigurati prostor od najmanje 30 m² bruto po jednom mjestu za dijalizu. Pored toga, dijalizni centar u pogledu prostora, treba imati: odvojeno mjesto za dijalizu bolesnika sa pozitivnim markerima na hepatitis B, C i HIV i MRS-u, prostoriju za pripremu vode sa reverznom osmozom, prostoriju za pripremu i sterilizaciju, prostoriju za plasmaferezu (za "A" kategoriju), prostor za centralni razvod otopina (za "A", "B" i "C" kategoriju gdje postoji centralni razvod otopina), prostoriju za čisto rublje i sanitetski materijal, prostoriju za nečisto rublje i privremeno odlaganje potrošenog materijala, prostoriju za servisiranje i smještaj rezervnih uređaja za dijalizu, prostoriju za priručno skladište potrošnog materijala, glavno skladište potrošnog materijala, koje može biti izdvojeno od zdravstvene ustanove, prostoriju za odgovornog liječnika, liječničku ordinaciju za pregled bolesnika, prostoriju za liječnike i stručnu dokumentaciju, prostoriju za glavnu medicinsku sestru, prostoriju za medicinske sestre, administraciju, garderobu za muške i ženske bolesnike, garderobu za osoblje, čajnu kuhinju s grijalom, hladnjakom, sudoperom, stolom i ormarom za posuđe, sanitarni čvor za bolesnike, odvojeno po spolu, sanitarni čvor za osoblje (WC+ tuš), odvojeno po spolu, prostoriju za odmor bolesnika, klimatizirani prostor u kojem se provodi dijaliza, i prostoriju za peritonealnu dijalizu, ako se provodi u zdravstvenoj ustanovi. Pravilnikom su utvrđene i minimalne površine svake od navedenih prostorija.

Kada su u pitanju uvjeti medicinsko-tehničke opreme i medicinskih sredstava, dijalizni centar treba imati aparate za dijalizu sa ne više od 15.000 sati rada i ne starije od pet godina, s volumetrijskom kontrolom i kontroliranom ultrafiltracijom. Iznimno, aparati za dijalizu, uz garanciju proizvođača, mogu imati više od 15.000 sati rada. Dijalizni centri također trebaju imati najmanje jedan rezervni aparat za dijalizu i to posebno za svaku kategoriju bolesnika (bolesnike s negativnim markerima i bolesnike s pozitivnim markerima na hepatitis B i C, HIV, te MRS-u), uređaj za pripremu vode koja odgovara propisanim standardima vode za dijalizu, prenosivi EKG aparat, aspirator, defibrilator s monitorom, sterilizator, hladnjak, set za reanimaciju, kisik, mogućnost za hitno određivanje crvene krvne slike i elektrolita, stojeću ili sjedeću vagu (mehančku ili digitalnu), dodatni sigurnosni filter za vodu – mikronski filter koji treba biti kompatibilan sa postojećim aparatima za dijalizu, standardne bolničke krevete za nepokretne bolesnike ili fotelje za dijalizu.

U pogledu uvjeta kadra, dijalizni centri trebaju imati liječnika specijalistu interne medicine, odnosno specijalistu pedijatra ili liječnika opće prakse, sa minimalno 10 godina radnog iskustva u provođenju hronične dijalize, te medicinske sestre. Potreban broj liječnika i medicinskih sestara propisan je u zavisnosti od dnevnog odnosno mjesečnog broja dijaliza koje se obavljaju u dijaliznim centrima¹⁰. Pored toga, u dijaliznim centrima kategorije "A" i to za 80-100 hroničnih dijaliznih bolesnika, potrebno je planirati rad socijalnog radnika, psihologa, diplomiranog nutricioniste, ali ne puno radno vrijeme, a u dijaliznim centrima u kojima je uspostavljen centralni razvod otopina, potrebno je osigurati i rad magistra farmacije, ali ne puno radno vrijeme.

U stvarnosti, vrlo je upitno da li dijalizni centri u Federaciji BiH ispunjavaju sve navedene uvjete. Općepoznato je da zdravstvene ustanove imaju problem sa nabavkom i održavanjem medicinske opreme, pri čemu aparati za dijalizu nisu nikakav izuzetak. Iako je obaveza kantona da obezbijede sredstva za vršenje osnivačkih prava nad zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači, 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 ministra¹¹, praksa je 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 i medicinske opreme (usluge servisiranja, nabavka rezervnih dijelova), moraju ili koristiti sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su predviđena za sasvim druge namjene ili obezbijediti sredstva iz vlastitih izvora¹².

3. Organizacija i rad dijaliznih centara

U Federaciji BiH funkcioniše 12 dijaliznih centara i to u Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu, Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla, Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar, Kantonalnoj bolnici Zenica, Kantonalnoj bolnici "Dr. Irfan Ljubijankić" Bihać, Županijskoj bolnici "Dr. Fra Mihovil Sučić" Livno, Županijskoj bolnici Orašje (Centar za dijalizu lociran u Odžaku), Bolnici Travnik, Općoj bolnici "Dr. Mustafa Beganović" Gračanica, Općoj bolnici Tešanj, Općoj bolnici Konjic i Domu zdravlja Živinice. Neke od ovih zdravstvenih ustanova imaju tzv. satelitske dijalizne centre u drugim mjestima¹³.

U najvećim dijaliznim centrima kategorije "A", pri univerzitetsko-kliničkim bolnicama, provode se sve dijalizne metode liječenja hroničnih bubrežnih bolesnika, priprema i edukacija bolesnika za dijalizno liječenje, edukacija zdravstvenog osoblja za obavljanje poslova u dijaliznim centrima, liječenje komplikacija kod svih hroničnih bubrežnih bolesnika, kao i stručni i naučno-istraživački rad u oblasti dijalize uz poštivanje zakonskih propisa i etičkih principa. U dijaliznim

¹⁰ *Ibid*, čl. 17 Pravilnika o uvjetima.

¹¹ Čl. 13 st. 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti (bilj. 7).

¹² E. Mujkić, *Reformska agenda za BiH za period 2015-2018. i njene potencijalne implikacije na zdravstveni sistem*, Sveške za javno pravo, Sarajevo 22/2015, s. (3-11) 5.

¹³ Npr. Klinički centar Univerziteta u Sarajevu ima satelitski dijalizni centar na Ilidži, a Kantonalna bolnica Zenica ima satelitske dijalizne centre u Visokom i Žepču.

centrima kategorije "B" provode se hronične bikarbonatne dijalize s volumetrijskom kontrolom ultrafiltracije (HD) i kontinuirane ambulantne peritonealne dijalize (CAPD), priprema i edukacija bolesnika za dijalizno liječenje, edukacija zdravstvenog osoblja za poslove u dijaliznim centrima, liječenje komplikacija kod hroničnih bubrežnih bolesnika, stručni i istraživački rad uz poštovanje zakonskih propisa i etičkih principa, kao i organiziranje i provođenje i svih ostalih dijaliznih metoda liječenja, ukoliko imaju potrebne kadrovske i prostorne uvjete, te biomedicinsku opremu. Dijalizni centri kategorija "C" i "D" obavljaju standardnu dijalizu (bikarbonatna s volumetrijskom kontroliranom ultrafiltracijom) i on-line hemodijafiltraciju (HDF).

Stručni nadzor nad radom dijaliznih centara koji su u ugovornom odnosu sa Zavodom zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH, provodi Federalno ministarstvo zdravstva putem stalne Komisije za dijalizu koja broji pet članova i koju imenuje federalni ministar zdravstva iz reda istaknutih stručnjaka u oblasti dijalize na period od četiri godine. Ovaj stručni nadzor se provodi praćenjem indikatora kvaliteta života bolesnika na dijalizi, te kontrolom pridržavanja propisanih uvjeta i to najmanje jednom godišnje u svakoj zdravstvenoj ustanovi za dijalizu. Izvještaj o provedenom stručnom nadzoru dostavlja se federalnom ministru zdravstva, kantonalnom ministru zdravstva, nadležnoj zdravstvenoj inspekciji, zdravstvenoj ustanovi u okviru koje je organiziran dijalizni centar, te Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH radi provođenja mjera. Rukovodioci dijaliznih centara i direktori zdravstvenih ustanova u kojima su organizirani dijalizni centri dužni su osigurati neometan rad Komisije za dijalizu i staviti im na uvid sve podatke koji budu trebali u provođenju kontrole rada i kvaliteta¹⁴.

4. Pristanak pacijenta na dijalizu

*Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata*¹⁵ propisano je da se, po pravilu, bez pristanka pacijenta, ne smije nad njim poduzeti nikakva medicinska mjera¹⁶, a pacijent ima pravo i da odbije predloženu medicinsku mjeru¹⁷. Pod medicinskom mjerom se podrazumijevaju preporučeni dijagnostički i terapijski postupci, što svakako uključuje i postupak dijalize. Da bi pacijent donio odluku da li će ili neće pristati na predloženu medicinsku mjeru, nadležni zdravstveni radnik mu je dužan dati sva obavještenja koja su mu potrebna, a koja moraju biti sveobuhvatna, tačna i blagovremena.

Pacijent ima pravo dobiti ova obavještenja na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Informacije bi trebale biti jasne, nedvosmislene i kratke, uz minimalnu upotrebu stručnih izraza¹⁸. Zakonom je utvrđeno da obavještenje koje je nadležni zdravstveni radnik dužan dati pacijentu treba da obuhvati dijagnozu i prognozu bolesti, kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mjere, njezin termin izvođenja, vrstu i vjerovatnoću mogućih rizika, bolne i druge sporedne ili trajne posljedice, moguće promjene pacijentovog stanja poslije preduzimanja predložene medicinske mjere, kao i moguće nužne promjene u

¹⁴ Čl. 43 Pravilnika o uvjetima (bilj. 9).

¹⁵ *Sl. nov. F BiH* 40/10.

¹⁶ *Ibid.*, čl. 17 st. 3 Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.

¹⁷ *Ibid.*, čl. 19 st. 1 Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.

¹⁸ Z. Bošković, *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, Hrvatska pravna revija, Zagreb 1/2005, s. 90.

načinu života pacijenta; alternativne metode liječenja sa opisom koristi i rizika svake od alternativnih metoda, uključujući i efekt neliječenja, dejstvo lijekova i moguće nuspojave tog dejstva, dalji tok pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostalim uslugama koje su na raspolaganju pacijentu, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama, pravo na odlučivanje o preporučenoj medicinskoj mjeri, informacije pri otpustu iz bolnice ili druge stacionarne zdravstvene ustanove što uključuje otpusno pismo sa dijagnozom, opisom načina liječenja i zdravstvene njege, te uputama za dalje liječenje i rehabilitaciju¹⁹.

Kada se ova opća pravila, koja se odnose na sve oblike medicinskih mjera, primjene *in concreto* pri davanju obavještenja pacijentima kojima se predlaže dijaliza, može se zaključiti da bi potpune informacije o korisnim efektima i potencijalnim rizicima dijalize, morale obavezno sadržavati utvrđenu dijagnozu, prijedlog jedne od dijaliznih metoda kao terapijske procedure, opis predložene dijalizne metode, sa njenim koristima i rizicima za pacijenta, termine izvođenja dijaliznih tretmana i njihovo trajanje, te druge neophodne podatke. Pacijentima bi se moralo pojasniti da su komplikacije dijaliznog tretmana relativno česte, te da one mogu biti medicinske i tehničke prirode. Medicinske su vezane za samo zdravstveno stanje pacijenta i dugotrajan dijalizni tretman, dok su tehničke vezane za dijalizne aparate, dijalizne filtere, dijalizne otopine i vodu u slučaju hemodijalize. Kada je u pitanju obavijest o alternativnim metodama liječenja, moralo bi se naglasiti da je u slučajevima hroničnog terminalnog bubrežnog zatajenja jedina alternativa dijaliznoj terapiji transplantacija bubrega, a u slučajevima akutnog bubrežnog zatajenje gdje konzervativno liječenje nije bilo efikasno, alternativa akutnoj dijaliznoj terapiji ne postoji.

5. Socijalni status i prava pacijenata na dijalizi

Dijalizni pacijenti u Federaciji BiH imaju status osoba sa invaliditetom, te po tom osnovu ostvaruju određena prava u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, odnosno propisima o socijalnoj zaštiti.

Invalidnost, u smislu *Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju*²⁰, postoji kada osiguranik zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju prouzrokovanih povredom na radu, profesionalnom bolešću, povredom van rada ili bolešću koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili mjerama medicinske rehabilitacije, postane potpuno nesposoban za obavljanje poslova radnog mjesta na koje je bio raspoređen i koje je obavljao prije nastanka invalidnosti²¹. Osiguranici kod kojih nastane invalidnost, zavisno od promijenjene radne sposobnosti, razvrstavaju se u dvije kategorije invalidnosti. U I kategoriju invalidnosti razvrstavaju se osiguranici kod kojih nastane gubitak radne sposobnosti, a u II kategoriju invalidnosti razvrstavaju se osiguranici sa promijenjenom radnom sposobnošću²².

Osiguranik, kod koga je utvrđena I kategorija invalidnosti stiče pravo na invalidsku penziju. Ukoliko je invalidnost prouzrokovana povredom na radu ili profesionalnom bolešću, ovo pravo se ostvaruje bez obzira na dužinu penzijskog staža. Ako je invalidnost prouzrokovana povredom

¹⁹ Čl. 11 Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata (bilj. 15).

²⁰ Sl. nov. F BiH 29/98, 49/00, 32/01, 73/05, 59/06, 4/09 i 55/12.

²¹ *Ibid.*, čl. 22 st. 1 Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju.

²² *Ibid.*, čl. 27 Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju.

van rada ili bolešću, pravo se ostvaruje pod uvjetom da je prije nastanka invalidnosti osiguranik imao navršen penzijski staž koji mu pokriva najmanje jednu trećinu razdoblja od navršenih najmanje 20 godina života do dana nastanka invalidnosti, računajući radni vijek na pune godine.

Pod određenim uvjetima, bubrežni bolesnici na dijalizi u Federaciji BiH mogu ostvariti pravo na novčanu naknadu za fizičku onesposobljenost. Fizička onesposobljenost, prema Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju, postoji kada je osiguranik pretrpio gubitak, ozbilju povredu ili značajnu onesposobljenost organa ili dijelova tijela što pogoršava prirodnu aktivnost organizma i zahtijeva veći napor za zadovoljavanje životnih potreba, bez obzira da li je na taj način prouzrokovana invalidnost ili ne. Pravo na novčanu naknadu zbog fizičke onesposobljenosti stiče osiguranik čija je fizička onesposobljenost u iznosu od najmanje 30% nastala kao rezultat povrede na radu ili bolesti uzrokovane radom²³.

Vrste fizičke onesposobljenosti na osnovu kojih se stiče pravo na novčanu naknadu kao i procenat takve onesposobljenosti utvrđeni su *Zakonom o vrstama i procentima fizičkih onesposobljenosti*²⁴. Prema ovom zakonu, za gubitak bubrega, gubitak funkcije bubrega ili funkcionalno oštećenje jednog ili oba bubrega, u zavisnosti od stepena koji se utvrđuje prema definiranim kriterijima, može se utvrditi fizička onesposobljenost u rasponu od 30% do 100%²⁵. Ako je osiguranik za isti slučaj fizičke onesposobljenosti stekao pravo na novčanu naknadu i na osnovu Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju i na osnovu drugih propisa, u tom slučaju može po sopstvenom izboru koristiti bilo koji od ova dva osnova za naknadu. *Zakonom o osnovama socijalne zaštite*, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom²⁶, kao osnovna prava lica sa invaliditetom, koja pod propisanim uvjetima mogu ostvariti i bubrežni bolesnici na dijalizi, utvrđena su i prava na ličnu invalidninu, na dodatak za njegu i pomoć od drugog lica i na ortopedski dodatak.

Lična invalidnina određuje se srazmjerno stepenu oštećenja prema nalazu, ocjeni i mišljenju Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, izvršenim u skladu sa Pravilnikom o ocjenjivanju oštećenja organizma kod lica sa invaliditetom u postupku ostvarivanja prava prema *Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom*²⁷ i propisom o nadležnim ljekarskim komisijama, načinu, postupku i drugim pitanjima ostvarivanja prava u skladu sa tim zakonom.

Ostvarivanje prava na dodatak za njegu i pomoć od drugog lica, zavisi od sposobnosti samostalnog udovoljavanja osnovnim životnim potrebama, kao što su kretanje u stanu i izvan stana, uzimanje hrane, oblačenje i svlačenje, održavanje lične higijene i obavljanje drugih osnovnih fizioloških potreba, o čemu mišljenje daje Institut za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja.

Tačkom V stav 2 alineja 2 *Odluke o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava*²⁸, osigurana lica koja boluju od bubrežnih bolesti na dijalizi oslobođena su od plaćanja

²³ *Ibid*, čl. 72.a Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju.

²⁴ *Sl. nov. F BiH* 42/04 i 48/04.

²⁵ *Ibid*, čl. 3 dio 10/A/1, 2 i 3 Zakona o vrstama i procentima fizičkih onesposobljenosti.

²⁶ *Sl. nov. F BiH* 36/99, 54/04, 39/06, 14/09 i 45/16.

²⁷ *Sl. nov. F BiH* 6/05.

²⁸ *Sl. nov. F BiH* 21/09.

participacije, odnosno neposrednog učešća u troškovima zdravstvene zaštite, ali samo za korištenje zdravstvene zaštite za tu bolest. Također, tačkom XI *Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava*²⁹ propisano je da se paketom zdravstvenih prava za neosigurana lica, državljane Bosne i Hercegovine, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, između ostalog, obezbjeđuje i zdravstvena zaštita u slučaju endemske nefropatije i hronične renalne insuficijencije, odnosno hemodijalize, te da se ovo pravo finansira iz sredstava budžeta kantona ili općine prema mjestu zadnjeg prebivališta neosiguranog lica.

S obzirom da su i zdravstvo i socijalna politika prema Ustavu Federacije BiH u podijeljenoj nadležnosti između Federacije BiH i kantona³⁰, pri čemu svaki kanton ima svoje propise iz ovih oblasti, u praksi dolazi do velikih razlika u obimu prava, te načinu njihovog ostvarivanja od kantona do kantona. To za posljedicu ima činjenicu da ni pacijenti na dijalizi ne ostvaruju svoja prava u jednakom obimu i na jednak način na području cijele Federacije BiH.

6. Finansiranje dijalize

U skladu sa tačkom II alineja 1 Odluke o utvrđivanju prioriteta vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koje će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine³¹, hronična hemodijaliza ili peritonealna dijaliza, uključujući i prevoz na hemodijalizu, spada u prioriteta Federalne programe zdravstvene zaštite koji se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti. Iz ovog izvora, osiguranim licima u Federaciji BiH, sa terminalnim stadijem bubrežne insuficijencije, obezbjeđuje se terapija hemodijalize ili peritonealne dijalize i to: troškovi potrošnog materijala hemodijalize ili peritonealne dijalize i prevoz na hemodijalizu.

Istom Odlukom je propisano da izuzetno, Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH može učestvovati u pokriću troškova zdravstvenih usluga, toplog obroka i indiciranih lijekova tokom tretmana hemodijalizom ili peritonealnom dijalizom u zdravstvenoj ustanovi, a u skladu sa raspoloživim sredstvima federalnog fonda solidarnosti za kalendarsku godinu. Učestvovanje u pokriću troškova indiciranih lijekova tokom tretmana hemodijalizom ili peritonealnom dijalizom u zdravstvenoj ustanovi može se ostvariti tek po preciziranju jasnog doktrinarnog pristupa u propisivanju i izdavanju odgovarajućih lijekova neophodnih u postupku hemodijalize ili peritonealne dijalize, kojeg utvrđuje Federalno ministarstvo zdravstva, uz prethodno pribavljeno mišljenje Komisije za upotrebu lijekova u hemodijalizi ili peritonealnoj dijalizi.

Uputstvom za primjenu Tarifa zdravstvenih usluga, utvrđeno je da Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH sufinansira troškove prijevoza bolesnika na dijalizu kojima se usluge dijalize pružaju na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti. Cijene usluga prijevoza utvrđene su na osnovu broja prijeđenih kilometara. Ove cijene su sadržane u cijenama zdravstvenih usluga koje se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti.

²⁹ Sl. nov. F BiH 21/09.

³⁰ Poglavlje III čl. 2 pod b) i e) Ustava Federacije BiH.

³¹ Sl. nov. F BiH 8/05, 11/07, 44/07, 97a/07, 33/08 i 52/08.

Kao i svake godine, tako je i u 2016. godini, Vlada Federacije BiH usvojila *Odluku o usvajanju Programa utroška sredstava sa kriterijima raspodjele sredstava "Tekući transfer drugim nivoima vlasti – za Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine", utvrđenih Budžetom Federacije Bosne i Hercegovine za 2016. godinu Federalnom ministarstvu zdravstva*³², u iznosu od 26.000.000,00 KM. Ovom Odlukom odobrena je raspodjela sredstava za finansiranje nabavke lijekova, pružanje zdravstvenih usluga i provođenje programa federalnog fonda solidarnosti utvrđenih Odlukom o utvrđivanju prioriternih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriternih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine i Odlukom o utvrđivanju Osnovnog paketa zdravstvenih prava³³, za sufinansiranje određenih programa, među kojima je i program dijalize.

Kriteriji za raspodjelu ovih sredstava formiraju se na osnovu niza akata, među kojima su najznačajniji: *Odluka o kriterijima i načinu korištenja sredstava federalnog fonda solidarnosti*³⁴, *Program zdravstvene zaštite koji se finansira sredstvima federalnog fonda solidarnosti koji se donosi posebno za svaku kalendarsku godinu, Pravilnik o uvjetima u pogledu prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme za osnivanje i organizaciju rada zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost dijalize, Standardi i normativi zdravstvene zaštite za pružanje usluga dijalize, Odluka o Listi lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine*³⁵, *Pravilnik o bližim kriterijima za izbor lijekova, postupku i načinu izrade Liste lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, kao i korištenju lijekova sa Liste lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine*³⁶ i *Uputstvo o bližoj primjeni Odluke o Listi lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine*.

Rashodi za pružanje usluga hronične i akutne hemodijalize, peritonealne dijalize i prijevoza za dijalizu u 2016. godini, u Finansijskom planu Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, bili su planirani u ukupnom iznosu od 30.900.000,00 KM i to:

- Troškovi pružanja usluga hronične i akutne dijalize, u iznosu od 7.700.000,00 KM,
- Troškovi potrošnog dijaliznog materijala, u iznosu od 16.000.000,00 KM,
- Lijekovi za hroničnu, akutnu i peritonealnu dijalizu, u iznosu od 5.700.000,00 KM,
- Sufinansiranje troškova prijevoza bolesnika na dijalizu u iznosu od 1.500.000,00 KM.

Rashodi za pružanje usluga hronične i akutne hemodijalize u 2016. godini, u Finansijskom planu Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, bili su planirani u ukupnom iznosu od 7.700.000,00 KM, u što su uključeni troškovi rada medicinskog tima i troškovi toplog obroka za pacijente tokom dijaliznog tretmana.

Za prijevoz pacijenata na hemodijalizu planirano je da se sredstvima federalnog fonda solidarnosti u 2016. godini sufinansiraju troškovi po cijenama utvrđenim Cjenovnikom zdravstvenih usluga koje se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti, a koje su utvrđene prema broju pređenih kilometara. Ukupni rashodi za prijevoz pacijenata na dijalizu u 2016. godini su planirani u iznosu od 1.500.000,00 KM. Prijevoz pacijenata na dijalizu vrše

³² Sl. nov. F BiH 22/16.

³³ Sl. nov. F BiH 21/09.

³⁴ Sl. nov. F BiH 22/02 i 11/05.

³⁵ Sl. nov. F BiH 89/13.

³⁶ Sl. nov. F BiH 36/11.

domovi zdravlja i druge zdravstvene ustanove ovlaštene za obavljanje usluga prijevoza pacijenata na dijalizu.

Bitno je istaći da sredstva u visini planiranih troškova za prijevoz pacijenata na dijalizu nisu dovoljna da pokriju stvarne troškove koje iskazuju zdravstvene ustanove. S tim u vezi, Federalni Zavod konstantno ističe da raspolaže organičenim sredstvima, kao i da prijevoz na dijalizu ne bi ni trebao biti u nadležnosti federalnog fonda solidarnosti, te da je Programom zdravstvene zaštite koji se finansira sredstvima federalnog fonda solidarnosti utvrđeno da se ovi troškovi samo sufinansiraju, a dio troškova bi trebalo finansirati dijelom sredstvima kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, a dijelom sredstvima osnivača, kada je u pitanju nabavka sanitetskih vozila za prijevoz bolesnika.

Kada su u pitanju lijekovi za dijalizu, u 2016. godini bili su planirani rashodi za nabavku lijekova koji se koriste u terapiji tokom dijaliznog tretmana, u iznosu od 5.700.000,00 KM i to za lijekove u tretmanu dijalize utvrđene Odlukom o Listi lijekova fonda solidarnosti Federacije BiH³⁷. Također, bili su planirani i rashodi za nabavku potrošnog dijaliznog materijala u 2016. godini u iznosu od 16.000.000,00 KM. Troškovi lijekova za dijalizu i potrošnog dijaliznog materijala su planirani na osnovu procjene broja pacijenata, potrebnih količina lijekova i potrošnog materijala i cijena koje su ugovorene sa dobavljačima po provedenom tenderu u 2015. godini, a po kojem je planirano da će se vršiti isporuka i u 2016. godini.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, kod finansiranja usluga hronične i akutne dijalize, obezbjeđuje zdravstvenim ustanovama kompletan potrošni materijal i lijekove tokom dijaliznog tretmana, te plaća troškove rada medicinskog tima u iznosu od 35,00 KM po jednoj dijalizi i troškove toplog obroka za pacijente po cijeni od 4,00 KM po jednoj dijalizi.

Ovako niske cijene su već dugo vremena veliki problem zdravstvenim ustanovama koje pružaju usluge dijalize. Čak je i Skupština Tuzlanskog kantona, još u 2007. godini uputila inicijativu Vladi Federacije BiH, Federalnom ministarstvu zdravstva i Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH, da se preispita način formiranja cijene dijalize, te da obzirom na ekonomsku cijenu koštanja i rentabilnost poslovanja zdravstvenih ustanova koje pružaju ovaj vid zdravstvene zaštite na području Tuzlanskog kantona, utvrdi minimalna cijena jedne dijalize od 85,00 KM umjesto dotadašnje cijene³⁸.

Usluge laboratorijske dijagnostike koje zdravstvene ustanove pružaju pacijentima na dijalizi bi se trebale finansirati sredstvima nadležnih kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Međutim, kantonalni zavodi zdravstvenim ustanovama ne plaćaju stvarnu vrijednost izvršenih usluga, nego paušalni iznos koji se unaprijed ugovara, a čija se visina utvrđuje na bazi procijenjenog broja laboratorijskih usluga za pacijente u dijaliznim centrima.

7. Ugovaranje pružanja usluga dijalize kroz javno-privatno partnerstvo

Za razliku od Federacije BiH gdje se usluge dijalize obavljaju jedino u javnim zdravstvenim ustanovama, u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH ove usluge obavljaju privatni dijalizni

³⁷ Sl. nov. F BiH 89/13, 74/14, 91/14.

³⁸ Zaključak Skupštine Tuzlanskog kantona br. 1-02-798-15/07 od 21. 11. 2007.

centri na osnovu ugovora zaključenih u skladu sa tamošnjim zakonima o javno-privatnom partnerstvu³⁹. Prema javno dostupnim podacima, Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske usluge dijalize privatnom partneru plaća po cijeni koja se kreće između 110 € i 130 € po jednoj dijalizi, a koja je nedavno snižena na 103 € po jednoj dijalizi⁴⁰. U Brčko Distriktu BiH privatnom partneru se plaća 120 € po jednoj dijalizi⁴¹. Već na prvi pogled je jasno da se radi o značajno većim cijenama od onih u Federaciji BiH, ali su u pitanju jedinstvene cijene kojima su pokriveni svi troškovi dijalize, koji uključuju samu dijalizu, lijekove, potrošni materijal, hranu, prijevoz pacijenata, itd, a pri tome javni partner nema ni obavezu nabavke aparata i njihovog redovnog održavanja. Za tu cijenu, pacijenti u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH imaju značajno bolje uslove za liječenje nego pacijenti u Federaciji BiH⁴². Imajući to u vidu, samo po sebi se nameće pitanje da li bi i u Federaciji BiH bilo svrsishodno uvesti sličan model pružanja usluga dijalize.

Federacija BiH još uvijek nema usvojen *Zakon o javno-privatnom partnerstvu*, dok u kantonima već nekoliko godina postoje kantonalni zakoni iz ove oblasti⁴³, međutim konkretnih projekata, posebno onih u oblasti zdravstva, zapravo još uvijek nema. Razloga za ovakvo stanje je više. Nerazvijenost institucionalnih kapaciteta za kreiranje i provedbu projekata javno-privatnog partnerstva svakako je jedan od osnovnih razloga, koji je karakterističan za cijelu BiH. Međutim, dok u se Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH zdravstvom upravlja sa jednog mjesta i finansira se (pretežno) iz jednog izvora, u Federaciji BiH je situacija bitno drugačija. Naime, u skladu sa Ustavom Federacije BiH, područje zdravstva je u podijeljenim nadležnostima između federalne vlasti i kantona, s tim da:

- federalna vlast ima pravo utvrđivati politiku i donositi zakone koji se tiču ove nadležnosti;
- kantoni imaju pravo utvrđivati politiku i provoditi zakone;
- u skladu sa potrebama, nadležnosti u području zdravstva ostvaruju se od strane kantona koordinirano od federalne vlasti, pri čemu federalna vlast uzima u obzir različite situacije u pojedinim kantonima i potrebu za fleksibilnošću u provođenju.

Dakle, u bilo kakvom razmatranju mogućnosti ugovaranja pružanja usluga dijalize kroz javno-privatno partnerstvo u Federaciji BiH, moraju se imati u vidu najmanje tri potencijalna problema. Prvi se odnosi upravo na navedenu podjelu nadležnosti u oblasti zdravstva između federalnog i kantonalnog nivoa vlasti i dovodi do pitanja koji propis bi se uopće imao primjeniti pri eventualnoj realizaciji nekog projekta javno-privatnog partnerstva u zdravstvu i koji nivo vlasti

³⁹ Zakon o javno-privatnom partnerstvu (*Sl. gl. RS* 59/09 i 63/11) i Zakon o javno-privatnom partnerstvu (*Sl. gl. BD BiH* 7/10).

⁴⁰ Izvor: <https://www.zdravstvo-srpske.org/novosti/nize-cijene-dijalize.html>, pristup: 20. 12. 2017.

⁴¹ Izvor: <http://www.infobrcko.com/vijesti/item/6882-broj-bubreznih-bolesnika-u-brckom-u-blagom-porastu.html>, pristup: 20. 12. 2017.

⁴² Izvor: <https://www.nezavisne.com/novosti/drustvo/Nize-cijene-i-bolji-uslovi-za-dijalizne-bolesnike-u-RS/442763>, pristup: 20. 12. 2017.

⁴³ Zakon o javno-privatnom partnerstvu Kantona Sarajevo (*Sl. nov. KS* 27/11), Zakon o javno-privatnom partnerstvu Tuzlanskog kantona (*Sl. nov. TK* 14/12), Zakon o javno-privatnom partnerstvu Hercegovačko-neretvanskog kantona (*Sl. nov. HNK* 2/13), Zakon o javno-privatnom partnerstvu Zeničko-dobojskog kantona (*Sl. nov. ZDK* 5/13), Zakon o javno-privatnom partnerstvu u Unsko-sanskom kantonu (*Sl. nov. USK* 19/12) Zakon o javno-privatnom partnerstvu Srednjo-bosanskog kantona (*Sl. nov. SBK* 13/13), Zakon o javno-privatnom partnerstvu Bosanskopodrinjskog kantona (*Sl. nov. BPK* 5/13), Zakon o javno-privatnom partnerstvu u Zapadno-hercegovačkom kantonu (*Nar. nov. ZHK* 14/13), Zakon o javno-privatnom partnerstvu Posavskog kantona (*Nar. nov. PK* 4/13).

bi se uopće pojavio kao javni partner u jednom takvom projektu. Drugi problem je činjenica da na federalnom nivou još uvijek i nema Zakona o javno-privatnom partnerstvu. I treći, ali ništa manje složen, problem leži u činjenici da je trenutni sistem finansiranja usluga dijalize posebno kompliciran i da se ukupni troškovi ove vrste zdravstvenih usluga finansiraju iz čak četiri izvora: Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH, kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, budžeta osnivača zdravstvenih ustanova i iz sredstava samih zdravstvenih ustanova koje obavljaju usluge dijalize. Sporno je dakle i kako bi se finansijska sredstva iz četiri različita izvora objedinila i usmjerila prema potencijalnom privatnom partneru, odnosno ko bi uopće bio platilac usluga i kako bi se to plaćanje koordiniralo sa ostalim sufinansijerima prema važećim propisima. Ovo su pitanja koja neće, niti mogu, biti riješena kroz zakone o javno-privatnom partnerstvu, bilo postojeće kantonalne, bilo dugo očekivani federalni, jer zadiru u samu suštinu problema ustavnog uređenja Federacije BiH.

8. Transplantacija bubrega kao alternativa

Velikoj većini pacijenata sa bubrežnom insuficijencijom, dijaliza predstavlja nužno zlo, jer ih ona zapravo samo održava u životu, bez realnog izgleda da se izliječe ili da im se u značajnijoj mjeri poboljša kvalitet života. Jedina prihvatljiva alternativa ovim pacijentima je transplantacija bubrega.

Transplantacija organa se smatra jednim od najvećih medicinskih dostignuća, međutim u BiH se na godišnjem nivou obavi vrlo malo transplantacija zbog čega je već godinama među zemljama sa najnižom stopom transplantacije bubrega u Europi. Prema podacima iz Renalnog registra BiH – Godišnjeg izvještaja za 2016. godinu Udruženja ljekara za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega Bosne i Hercegovine, u cijeloj 2016. godini je urađeno ukupno 23 transplantacije, od čega 19 u Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla⁴⁴. Poređenja radi, u istoj godini u Republici Hrvatskoj urađeno je blizu 200 transplantacija bubrega⁴⁵.

Neadekvatan pravni okvir prepoznat je kao jedan od razloga ovakvog stanja. Naime, osnovni tekst *Zakona o transplantaciji organa i tkiva u svrhu liječenja*⁴⁶ podrazumijevao je tzv. informirani pristanak potencijalnog donora za darivanje organa u slučaju smrti, odnosno tzv. *opt-in* postupak svjesnog uključivanja u red osoba koje žele darivati svoje organe nakon smrti, te je bilo propisano da je dozvoljeno uzimati organe i tkiva sa umrle osobe radi presađivanja u svrhu liječenja, samo ako se darovatelj za života suglasio sa darovanjem organa i tkiva poslije smrti⁴⁷. Zakon je također propisao da je, do uspostavljanja registra osoba koje su saglasne sa darovanjem organa i tkiva poslije smrti, dozvoljeno uzimati organe i tkiva sa umrle osobe radi presađivanja u svrhu liječenja, samo uz pisani pristanak bračnog ili vanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, punoljetnog brata ili sestre umrle osobe⁴⁸.

⁴⁴ Renalni registar Bosne i Hercegovine, *Godišnji izvještaj za 2016. godinu*, Sarajevo, 2017, s. 58. Dostupno na: http://undt.ba/wp-content/uploads/2016/11/Godisnji_Izvjestaj_RRT_BiH_2016.pdf, pristup: 20. 12. 2017.

⁴⁵ Podaci iz Izvještaja Eurotransplanta za 2016. godinu. Dostupno na: http://statistics.eurotransplant.org/index.php?search_type=overview&search_text=9023, pristup: 20. 12. 2017.

⁴⁶ *Sl. nov. F BiH* 75/09.

⁴⁷ *Ibid.*, čl. 30 st. 1 osnovnog teksta Zakona o transplantaciji.

⁴⁸ *Ibid.*, čl. 30 st. 5 osnovnog teksta Zakona o transplantaciji.

Ovakva zakonska ograničenja, uz činjenicu da registar osoba koje su saglasne sa darovanjem organa i tkiva poslije smrti nije uspostavljen ni punih osam godina nakon stupanja na snagu zakona, za posljedicu su imala vrlo mali broj kadaveričnih transplantacija⁴⁹, zbog čega je broj dijaliznih pacijenata koji čekaju na transplantaciju bubrega značajno veći od broja dostupnih organa za presađivanje.

Nakon više godina čekanja i mnogobrojnih zahtjeva i protesta pacijenata, od kojih su neki bili radikalni s obzirom da su se pojedini pacijenti čak isključili sa dijalize⁵⁰, nedavno je usvojen i objavljen *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o transplantaciji organa i tkiva u svrhu liječenja*⁵¹, kojim je dosadašnji princip informiranog pristanka zamijenjen principom pretpostavljenog pristanka, odnosno *opt-out* sistemom, u kojem se pretpostavlja da je osoba, koja za života nije potpisala da se tome izričito protivi, saglasna da se nakon njene smrti smije obaviti postupak presađivanja organa sa njenog tijela. Ovakav model podrazumijeva da svaka osoba za života može dati izjavu da u slučaju smrti ne želi donirati svoje organe i tkiva u svrhu liječenja, čime se isključuje iz mogućnosti da njeni organi i tkiva budu korišteni nakon smrti za liječenje drugih osoba. Ovaj oblik pristanka („pretpostavljeni pristanak“) zadovoljava primjenu principa društvene korisnosti, ali i principa dobrovoljnosti kako to zahtijeva Direktiva 2010/53/EU⁵², a što podrazumijeva poštivanje prava svakog pojedinca na odluku o tome što će se činiti s njegovim tijelom i dijelovima tijela u slučaju njegove smrti. U obrazloženju prijedloga ove zakonske izmjene iznesena je ocjena da će se na ovaj način proširiti krug mogućih darivatelja, što bi u konačnici trebalo voditi većim šansama da se osiguraju odgovarajući organi za potrebe transplantacija.

Tokom vremena radene su mnoge tzv. *cost-effectiveness* analize⁵³ koje su pokazale da je transplantacija bubrega višestruko jeftiniji način produžavanja života pacijenata sa zatajenjem bubrega. Prva takva analiza objavljena je još 1968. godine⁵⁴, a relevantni podaci se tokom godina nisu mnogo mijenjali i govore u prilog tome da transplantacija nosi značajne uštede za zdravstveni sistem u odnosu na dijalizu⁵⁵. Prema rezultatima nekih novijih istraživanja, troškovi dijalize su čak za 3,5 puta veći od troškova transplantacije bubrega i kasnijeg održavanja, uz nespornu činjenicu da je kvalitet života pacijenata sa transplantiranim bubregom značajno veći od onog pacijenata na dijalizi⁵⁶. Treba napomenuti da je još ranije u Federaciji BiH uspostavljen

⁴⁹ Transplantacija organa sa osobe koja je u stanju moždane smrti.

⁵⁰ Izvor: <https://www.klix.ba/vijesti/bih/pacijenti-u-fbih-se-iskljucili-s-dijalize-zbog-neusvajanja-izmjena-zakona-o-transplantaciji/171025004> i <http://balkans.aljazeera.net/vijesti/zakon-ubija-pacijente-na-dijalizi>, pristup: 20. 12. 2017.

⁵¹ *Sl. nov. F BiH* 95/17.

⁵² Direktiva o standardima kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih transplantaciji, dostupno na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:sp0008&from=EN>, pristup: 20. 12. 2017.

⁵³ Analiza odnosa troškova i efekata. Kod ovakvih analiza u oblasti zdravstva troškovi se izražavaju u finansijskom smislu, a efekti u smislu zdravstvenih ishoda, kao npr. stopa preživljavanja u određenom vremenskom periodu, i sl.

⁵⁴ H. E. Klarman i dr, *Cost Effectiveness Analysis Applied to the Treatment of Chronic Renal Disease*, Medical Care, 6/1968, ss. 48-54.

⁵⁵ Npr. v. <https://www.kidney.org.uk/archives/news-archive-2/campaigns-transplantation-trans-cost-effect/>, pristup: 20. 12. 2017, <https://www.kidney.ca/document.doc?id=3653>, pristup: 20. 12. 2017. i https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organ/docs/ev_20131007_co03_en.pdf, pristup: 20. 12. 2017.

⁵⁶ S. Perović/S. Janković, *Renal transplantation vs hemodialysis: cost-effectiveness analysis*, Vojnosanitetski preglad, Beograd 8/2009, s. (639-644) 643.

Centar za transplantacijsku medicinu, kao federalna upravna organizacija u sastavu Federalnog ministarstva zdravstva, čiji su zadaci definirani članom 6 Zakona o transplantaciji organa i tkiva u svrhu liječenja.

Ipak, opća ocjena stručnjaka je da za dalji razvoj transplantacijske medicine i zadovoljenje stvarnih potreba za liječenjem putem presađivanja organa, neophodno da se BiH priključi Eurotransplantu⁵⁷, što bi omogućilo razmjenu organa sa drugim državama članicama i samim tim bržu dostupnost organa za pacijente kojima su najpotrebniji. Da bi postala član Eurotransplanta, od BiH se očekuje da ispuni nekoliko strogih uslova i to: postojanje pravnog okvira na državnom nivou, obavljenih 10 kadaveričnih transplantacija na milion stanovnika, te međunarodnu akreditaciju zdravstvenih ustanova uključenih u transplantacijske postupke.

9. Zaključak

Analizom važećih propisa kojima su regulirana pitanja od značaja za pružanje zdravstvenih usluga dijalize i ostvarivanje određenih prava pacijenata na dijalizi u Federaciji BiH sa jedne i objektivnog stanja u vezi sa primjenom tih propisa sa druge strane, može se doći do zaključka da u ovoj oblasti postoji čitav niz problema na koje se ne obraća dovoljno pažnje. Jedan dio tih problema posljedica je ustavnog uređenja, odnosno podjele nadležnosti između Federacije BiH i kantona u oblasti zdravstva i socijalne politike. Raspodjela nadležnosti uzrokuje neravnopravnost ove ranjive skupine stanovništva na cijelom području Federacije BiH. Drugi dio problema uzrok ima u nedostatku finansijskih sredstava, zbog čega trpe i pacijenti na dijalizi, ali i zdravstvene ustanove koje obavljaju dijaliznu djelatnost.

Može se zaključiti da su generalno, uz neke rijetke izuzetke, dijalizni centri u Federaciji BiH prilično daleko od onoga što bi, prema propisanim standardima prostora opreme i kadra, zapravo trebali biti. Činjenica je da neki dijalizni centri rade u tri smjene i sa aparatima koji imaju i preko 80.000 sati rada, iako je relativna gornja granica 15.000 sati rada i to sa manjkom stručnog kadra i u neuvjetnim prostorijama.

Prioritetno je neophodno riješiti pitanje nabavke medicinske opreme, odnosno aparata za dijalizu, kao i njihovog redovnog održavanja i servisiranja, uključujući i nabavku rezervnih dijelova. Sve je prema važećim propisima obaveza osnivača zdravstvenih ustanova u kojima se nalaze dijalizni centri.

Svakako bi bilo korisno imati u vidu i iskustva iz Republike Srpske i Brčko Distrikta BiH, gdje već nekoliko godina egzistiraju dijalizni centri po principu javno-privatnog partnerstva i kroz detaljnu *cost-benefit* analizu uporediti sve prednosti i nedostatke kod oba organizaciona modela dijalizne djelatnosti, te razmotriti mogućnost uvođenja sličnog modela i u Federaciju BiH, ukoliko se to pokaže opravdanim. Prepreka tome opet može biti ustavna podjela nadležnosti u Federaciji BiH i to iz najmanje dva razloga. Prvi je činjenica da na nivou Federacije BiH još uvijek nije usvojen Zakon o javno-privatnom partnerstvu, dok neki kantoni već imaju kantonalne

⁵⁷ Eurotransplant International Foundation je međunarodna neprofitna organizacija za alokaciju i razmjenu organa za presađivanje, koja za cilj ima razvoj i koordinaciju transplantacije organa u zemljama članicama. Članice Eurotransplanta su: Austrija, Belgija, Hrvatska, Njemačka, Mađarska, Luksemburg, Holandija i Slovenija. Početkom 2017. godine i Srbija je postala pridruženi član ove organizacije.

zakone o javno-privatnom partnerstvu⁵⁸, te je sporno na kojem nivou i po kojim propisima bi se eventualni projekti realizirali. Drugi razlog se neposredno nastavlja na prvi i ogleda se u činjenici da se u Federaciji BiH ukupni troškovi dijalize, bar prema stanju važećih propisa, ako već ne i u praksi, „pokrivaju“ sa više mjesta, odnosno u finansiranju ukupnih troškova učestvuju Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH, kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja, osnivači zdravstvenih ustanova i same zdravstvene ustanove koje obavljaju usluge dijalize. Tako je upitno s koje adrese bi se uopće nastupilo u ime javnog sektora prema potencijalnom privatnom partneru, odnosno ko bi preuzeo obavezu plaćanja usluga privatnom partneru i kako bi se to koordiniralo sa ostalim sufinansijerima prema važećim propisima. Bez korjenite reforme ustavnog uređenja Federacije BiH, zapravo će biti vrlo teško uvesti model pružanja usluga dijalize po principu javno-privatnog partnerstva.

Situacija u oblasti ostvarivanja socijalnih prava pacijenata na dijalizi nije ništa bolja. Analizom zakona i drugih propisa, kojima se regulišu socijalna i druga davanja iz budžeta u Federaciji BiH, lako je zaključiti da se radi o veoma komplikovanom i neodrživom sistemu. I u pitanjima primjene ovih propisa veliki problem predstavlja podjela nadležnosti između Federacije BiH i kantona, jer kantoni imaju ovlaštenja da svojim zakonima i drugim propisima uređuju oblast socijalne zaštite, što oni i čine na različite načine, bez jedinstvenih i zajedničkih smjernica, tako da svaki kanton ima svoj sistem, a ti kantonalni sistemi se međusobno veoma razlikuju⁵⁹.

Time se u suštini krše prava određenog broja građana, u konkretnom slučaju dijaliznih pacijenata. Oni se dovode u diskriminirajući položaj. Bilo bi razumno očekivati da, bez obzira na kompliciranost sistema zdravstvene i socijalne zaštite u Federaciji BiH, barem postupci za ostvarivanje prava iz ovih oblasti budu koordinirani i uređeni na jedinstven način, što nažalost nije slučaj. Na tome je u budućnosti svakako potrebno raditi, jer činjenica da su u Federaciji BiH različiti nivoi vlasti odgovorni za provođenje različitih mjera zdravstvene, odnosno socijalne politike, ni u kojem slučaju ne bi smjela predstavljati prepreku u ostvarivanju prava građana na jednak način i pod jednakim uvjetima.

⁵⁸ Usp. bilj. 43.

⁵⁹ Inicijativa za bolju i humaniju inkluziju, *Budžetske novčane naknade za socijalnu zaštitu u BiH - Šta funkcioniše, a šta ne*, 2013, s. 57.

Dostupno na: http://www.ibhi.ba/Documents/Publikacije/2013/IBHI_Budžetske_novcane_naknade_u_BiH.pdf, pristup: 20. 12. 2017.

*Legal and economic aspects of dialysis in the Federation of Bosnia and Herzegovina**Summary*

Dialysis treatment is often the only hope for patients with renal insufficiency, which is why it is extremely important that the system of providing this type of health care service is organized in an adequate manner. In the Federation of Bosnia and Herzegovina, dialysis services are performed exclusively within public health institutions, which are faced with a number of problems, some of which are caused by the healthcare system itself, and the other are the effect of the lack of financial resources. In addition, there are significant differences in the scope and manner of achieving certain rights of dialysis patients in the area of social protection, depending on which canton they live in. Possible solutions to some of these problems are the introduction of new models of providing dialysis services and the development of transplantation medicine. However, without the constitutional reform in the Federation of Bosnia and Herzegovina, it will be almost impossible to introduce a model of providing dialysis based on the principles of public-private partnership, and for the further development of transplantation medicine it is necessary for BiH to become a member of Eurotransplant, and one of the conditions for that is the state-level legislative framework.