

Jasmin Hasić*

Privatizacija zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini – mogućnosti i pravci potencijalnih reformskih procesa u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj

Sadržaj

1. Uvod
2. Osvrt na reformske trendove zdravstvenih sistema
3. Primjeri financiranja zdravstvene zaštite u nekim zemljama Europe i Sjedinjenim Američkim Državama
4. Reforme i privatizacije zdravstvenog sistema u BiH
5. Opis pozitivnopravnog okvira - praktični problemi i izazovi
6. Argumenti za i protiv privatizacije zdravstvenog sistema u BiH entitetima
7. Potencijalni učinci privatizacije zdravstvenog sistema u BiH entitetima
8. Zaključak

1. Uvod

Zdravstvo i zdravstvena zaštita su izuzetno bitna komponenta u javnom sektoru¹. Osnovna misija sistema je zaštita i jačanje zdravlja stanovništva. Radi se o oblasti od izuzetnog značaja za svako društvo jer pogoršanje stanja u javnom zdravstvu indirektno utiče na povećanje drugih javnih troškova, kroz niže porezne prihode i veće izdatke temeljem prava koja proističu iz radnih odnosa. Izdaci za zdravstvo i zdravstvenu zaštitu su u stalnom porastu, a ključni razlozi leže u

*Autor je magistar prava i saradnik FCJP.

¹ Prema klasifikaciji Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) postoje tri modela sistema zdravstvenog osiguranja:

- javni-integralni model, koji se temelji na budžetskom financiranju zdravstvenih usluga i bolnica kao dijela javnog sektora. Ovaj model udružuje obje strane – financiranje i osiguravanje usluga. S jedne strane, ovaj model omogućava cjelovit pristup zdravstvenom osiguranju ali i nadzoru na prihodima i rashodima. S druge strane, sistem nije u mogućnosti da 100% zadovolji potrebe i zahtjeve korisnika usluga;
- javno-ugovorni model, koji predstavlja ugovorni odnos između privatnih izvođača i javnog financiranja zdravstvenih usluga (najčešće kroz vladine agencije ili socijalne fondove). Takvi sistemi se uglavnom smatraju prihvatljivim i pristupačnijim za potrebe pacijenata, ali nisu djelotvorni u ograničavanju troškova koje snosi država;
- privatni model koji kombinira privatno osiguranje s privatnom zdravstvenom zaštitom. Takvi sistemi najviše odgovaraju potrebama pacijenata, ali su i izdaci za njih viši u odnosu na prethodna dva modela.

činjenici da je produžen životni vijek stanovništva, da je uspostavljen tehnološki napredak ali i da su povećani zahtjevi građana za kvalitetnijim zdravstvenim uslugama².

Izazovi s kojima se suočava zdravstveni sektor svake države postaju mnogo složeniji u odnosu na prethodni period. Mnoge zemlje diljem svijeta pokušavaju pronaći konkretna rješenja za brojne probleme visokih troškova zdravstvene zaštite, s jedne strane, i ograničenih izvora financiranja, sa druge.

Privatno financiranje u zdravstvenom sistemu se nameće kao jedno od racionalnih opcija. Ovaj proces se već godina provodi u brojnim zapadnoeuropskim zemljama, a trenutno predstavlja nezanemarljivu komponentu cjelokupnog financiranja sistema. Privatizacija³ zdravstva najčešće se odvija u dvije osnovne varijante: u obliku kvaziprivatizacije⁴ (putem koncesije⁵), i u obliku direktne privatizacije zdravstvenih ustanova. Međutim, država, kao predstavnik socijalne zajednice, mora posjedovati instrumente za kontrolu sistema zdravstvene zaštite, jer se on ne smije u cijelosti prepustiti simplificiranim tržišnim zakonima ponude i potražnje.⁶

Konkretno, od osamdesetih godina prošlog stoljeća, rast zdravstvene potrošnje počinje preticati rast bruto domaćeg proizvoda. Na primjer, izdaci za zdravstvo u zemljama Europske unije zauzimaju značajan udio u bruto domaćem proizvodu (u prosjeku oko 8%). Značajan dio tih rashoda predstavljaju javni rashodi (oko 70%). Zdravstveni sektor je, dakle, uz obrazovanje i penzioni sistem, jedan od ključnih područja u kojima je potrebno definirati i precizno odrediti adekvatnu ulogu države i javnog prava u određivanju politike zdravstvene zaštite.

Niti jedna od zemalja u regiji bivše Jugoslavije nije provela privatizaciju javnih zdravstvenih ustanova. Ipak, privatni kapital je u velikoj mjeri prisutan u strukturama javnog zdravstvenog sektora ovih zemalja. U Bosni i Hercegovini, na državnom nivou, ne postoji jedinstvena socijalna politika niti jedinstveno i usaglašeno zakonodavstvo koje reguliše oblast socijalne zaštite građana. Ova problematika je uređena, međusobno neovisnim, pravnim aktima u nadležnostima entiteta i Brčko Distrikta, uz koordinirajuću ulogu Ministarstva civilnih poslova BiH.

Zakoni o zdravstvenoj zaštiti u oba bosanskohercegovačka entiteta pokazuju jasan socijalni pristup zakonodavca u pitanju zdravstvene zaštite. S obzirom da entitetski Zakoni o zdravstvenoj zaštiti ne prave nikakvu distinkciju između privatnog i javnog zdravstvenog sektora, neminovno

² Razlika između pojmova „liječenje“ i „medicinska usluga“ ima jasnu vezu s pravom na zdravlje kao ljudskim pravom ili ugovornim odnosom između pružatelja i primatelja medicinskih usluga. U ovom kontekstu, pojam liječenje će podrazumijevati socijalnu kategoriju, a pojam usluga ekonomsku.

³ Pod pojmom privatizacije najčešće se podrazumijeva prelazak sa državne ka tržišnoj regulaciji društvenih (javnih) službi, uvođenje privatnog vlasništva u području javnih službi ili prijenos proizvodnje sa javnih na privatne organizacije. Privatizacija se u širem kontekstu može posmatrati kao marketizacija javne uprave s prijenosom metoda upravljanja iz privatnog u javni sektor; korporativizacija pojedinih dijelova uprave s prijelaza u regulaciji tržišta; koncesija – prijenos javne funkcije u obliku javnih usluga na ne-javne organizacije; ekonomska - tradicionalna privatizacija kao djelomični ili potpuni prijenos vlasništva iz javnog na privatni (ne-javni) sektor.

⁴ Kvaziprivatizaciju je moguće posmatrati kao privatizaciju u javnom sektoru, gdje javne vlasti sklapaju ugovor s privatnim organizacijama ili licima, o opsegu i kvaliteti usluga i resursa potrebnih za obavljanje ugovornih odredbi.

⁵ Koncesija podrazumijeva javno financiranje privatnih pružatelja usluga. Ugovorni odnosi između partnera imaju određene prednosti kako za poticaj u zapošljavanju kvalitetnog kadra, to i kod uvođenja konkurentnih odnosa kako bi se olakšao pritisak na manje djelotvorne operatore.

⁶ B. Hrbač, *Studija slučaja – Politika reforme financiranja zdravstva u F BiH*, Sarajevo 2010.

se nameće pitanje odnosa privatnog i javnog u oblasti zdravstva, prednosti i slabostima jednog i drugog, te pravcima potencijalne reforme.

U nastavku će se opisati i identificirati zajednički elementi privatnog financiranja u oblasti zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj i naznačiti će se moguće reforme u oblasti privatizacije javnih zdravstvenih ustanova, dijelom i zdravstvenog osiguranja. Najprije će se opisati oblici financiranja zdravstvene zaštite u odabranim zemljama Europe, s naglaskom na pravni okvir i najpogodnija *de lege ferenda* rješenja. Naredna poglavlja će biti usmjerena na analizu sistema financiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republike Srpske, sa posebnim osvrtom na potencijalne pravce njihovog privatiziranja u smislu najoptimalnijeg iskorištavanja postojećih kapaciteta. Predstavljene zaključci mogu poslužiti kao polazišna tačka za širu debatu o reformskim privatizacijskim potrebama (dijela) javnog zdravstvenog sistema u oba bosanskohercegovačka entiteta i u Brčko Distriktu Bosne i Hercegovine.

2. Osvrt na reformske trendove zdravstvenih sistema

Zdravstvo se mora posmatrati kao dio šireg sistema socijalne zaštite i u vezi sa utjecajem na druge podsisteme kao što su privreda i zapošljavanje, ili općenito na društveno-ekonomski razvoj zemlje, razvoj ljudskog kapitala i ekonomske produktivnosti u zemlji. Svaki zdravstveni sistem se može susresti s nekoliko ključnih dilema u vlastitom razvoju. Prva od njih su demografske promjene, starenje stanovništva i smanjenje udjela radne snage u osiguranju novca iz doprinosa po osnovu rada. Te promjene rezultiraju povećanom potražnjom za zdravstvenom zaštitom, kao i ograničavanjem kapaciteta za zadovoljavanje ovih zahtjeva. Druga dilema je napredak u nauci, uključujući i inovacije u kirurgiji, farmaciji, dijagnostici, koja za direktnu posljedicu ima povećanje potražnje za kvalitetnijim uslugama. Tempo napretka nauke ima značajne implikacije za financiranje i pružanje zdravstvenih usluga i liječenja. Treća dilema je povećanje očekivanja za višom kvalitetom zdravstvene zaštite kod stanovništva, koja se uglavnom temelji na višem stepenu informiranja javnosti o zdravstvenim potrebama, položaju pacijenta, te dostupnim uslugama.⁷

Naglo finansijsko opterećenje sistema vodi ka nestabilnosti, potencijalnom krah, ono povećava cijenu rada poslodavcima i može smanjiti konkurentnost privrede u zemlji. Usljed novonastalih povećanja troškova javlja se potreba za aktiviranjem ulaganja iz privatnih fondova – zbog ublažavanja posljedica krize i održavanja sistema u životu. Privatizacija se, u tom kontekstu, javlja kao odgovor na usporen privredni rast zemalja u tranziciji koje nisu uspjele da izađu na kraj sa povećanjima troškova zdravstvene zaštite. Povrh toga, postoji i želja da se reformski procesi prilagode sistemima koji postoje u razvijenim demokratskim zemljama.

Politika privatizacije u svakoj zemlji se određuje u odnosu na ciljeve koji se žele postići. Cilj privatizacije često uključuje efikasnije korištenje resursa, a time i veće isplativosti u poslovanju, više potencijalnih izvora financiranja, bolju kvalitetu usluge, mogućnost većeg izbora dostupnih usluga za pacijente itd. Najčešći ciljevi privatizacije zdravstva su ograničavanje uloge i moći države u sektoru kao i veća individualizacija proizvodnje i korištenja zdravstvenih usluga.

U ovom kontekstu potrebno je sagledati nekoliko bitnih faktora. Naime, oblikovanje vlasničkih odnosa je neophodna komponenta ovog procesa, a ona podstiče profesionalnu autonomiju i

⁷ C. Scott, *Public and private role in health care systems*, Buckingham 2001.

odgovornost, koja omogućuje razvoj poduzetničke inovacije i pojačanog upravljanja. Privatizacijom se postiže i ograničavanje korištenja budžetskih sredstava, efikasnija alokacija resursa u radu i, pri korištenju materijala, oslobađanje određenih područja socijalne politike od neefikasne redistribucije sredstava i prekomjernog financiranja. Privatizacijom se promoviše i povećava kvaliteta usluge, sloboda izbora i veći odaziv na potrebe korisnika zdravstvenih usluga, zbog povećane konkurencije između pružatelja usluge u privatnom sektoru.

Povećana uloga privatnog sektora, međutim, ne podrazumijeva nužno umanjenu ulogu države. Država još uvijek mora održavati svoj položaj, tj. osigurati djelotvornu kontrolu nad aktivnostima javnog i privatnog sektora. Razlika je u prirodi odnosa, a ne u stepenu intervencije. Metode financiranja zdravstva u naprednim ekonomijama su vrlo raznolike. Pojedinačne metode se diferenciraju prema udjelu sredstava iz javnog sektora u ukupnim rashodima, opsegu izravnih plaćanja za usluge, opsegu dostupnih usluga koje su uključene u paket zdravstvenog osiguranja, oblicima naknade pružateljima zdravstvenih usluga, kao i mnogim drugim faktorima.

Oblici financiranja zdravstvenih usluga dijele se na:

- Financiranje putem privatnog osiguranja s dopunom financijskih transfera putem države (liberalni, tržišno orijentirani model, primjer iz Sjedinjenih Američkih Država);
- Prevladavajuće obvezno javno osiguranje, koje koristi najveći dio stanovništva i set osnovnih usluga zdravstvene zaštite, dopunjen sa izravnim plaćanjima, privatnim osiguranjem i državnim sredstvima (Bismarckov model, primjer Njemačka);
- Financiranje zdravstvene usluge putem državnog budžeta, odnosno sredstava dobivenih od poreza (Beveridgeov model, primjer Velike Britanije).⁸

Također, postoje sistemi zdravstvenog osiguranja koji se financiraju iz lokalnih udjela u nacionalnom fondu (Rumunija); iz precizno definiranih geografskih podsistema zdravstvenih osiguranja (Švicarska); ili udruženja osiguravajućih fondova (Luksemburg). Većina sistema zdravstvene zaštite i osiguranja u europskim zemljama počiva na bismarckovskom modelu.⁹ U većini zemalja, privatni izdaci čine manje od jedne trećine svih troškova u zdravstvu (s izuzetkom Švicarske).¹⁰ Zdravstveni sistemi zemalja zapadne Europe se financiraju prevashodno iz javnih izdataka, kako bi se postigao visok stepen zaštite stanovništva i osigurali pravednost, solidarnost i jednakopravnost u liječenju. Kada ne bi postojalo javno osiguranje, određene grupe ljudi bi bili osuđeni na nesiguran život. Vladine intervencije u ovom sektoru su neophodne radi načela pravednosti općeg pristupa zdravstvu.¹¹

3. Primjeri financiranja zdravstvene zaštite u nekim zemljama Europe i Sjedinjenim Američkim Državama

Financiranje zdravstvenog sistema u najvećem broju europskih zemalja se osigurava uglavnom iz javnih prihoda, putem poreza (npr. National Health Service) ili iz javnog obveznog osiguranja. (tzv. Bismarckov model). Time se osigurava dostupnost zdravstvene zaštite za najveći dio stanovništva.

⁸ N. Ginsburg, *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*, London 1992.

⁹ J. Figueras/E. Mossialos/A. Dixon/J. Kutzin, *Funding health care: options for Europe*, Philadelphia 2002.

¹⁰ S. Thomson/E. Mossialos, *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?*, Copenhagen 2004.

¹¹ C. Propper/K. Green, *A larger role for the private sector in health care? A review of the arguments*, Bristol 1999.

Privatno zdravstveno osiguranje se razlikuje od javnog zdravstvenog osiguranja prvenstveno po načinu financiranja. On se ne temelji na obveznim doprinosima, niti dohodcima iz javnog zdravstvenog sistema osiguranja, već na uplatama premije po osnovu ugovora između osiguranika i osiguravatelja. Iznos i visina premije privatnog zdravstvenog osiguranja se izvodi iz raznih parametara, kao što su zdravstveno stanje, vijek, stil života i slično. Privatna osiguranja u sebi ne nose element solidarnosti, što je tipično za modele javnog zdravstvenog osiguranja. Privatno osiguranje, u odnosu na javno, sa sobom nosi pojedine prednosti, poput osiguranja sredstava za razvoj zdravstvene infrastrukture, poticanje inovativnosti, te omogućavanje da javni resursi budu usmjereni u korist zaštite siromašnijeg dijela populacije; povećava se izbor osiguravatelja, kvaliteta zdravstvenih usluga i liječenja.¹²

Razlikuje se pet osnovnih tipova privatnog zdravstvenog osiguranja:

- dominantno (eng. dominant) – gdje je privatno osiguranje glavni način financiranja zdravstvene zaštite za radni dio stanovništva. Trenutačno, primijenjeno u Sjedinjenim Američkim Državama. U nekim zemljama, odnosi se samo na određene grupe građana; na primjer, Njemačkoj, samo za oko 9% stanovništva sa visokim primanjima.
- obvezno (eng. compulsory) – primjenjivo u Švicarskoj od 1996. godine.
- zamjensko (eng. substitutive) – koristi se od strane onih koji su isključeni iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Primijenjeno u Holandiji prije 2006. godine, a odnosi se na ljude iznad određenog praga prihoda. Do 2008. godine ovaj model osiguranja se primjenjivao u Belgiji za kategoriju samozaposlenih.
- komplementarno (eng. complementary) - osiguranje za usluge koje nisu uključene u osnovni paket javno dostupnog osiguranja. U mnogim zemljama Europe ovim osiguranjem se pokrivaju sve oblasti medicinskih usluga.
- dopunsko (eng. supplementary) - obično pokriva isti spektar usluga kao javno zdravstveno osiguranje. Glavni cilj ovog tipa osiguranja je povećanje opsega usluga i unapređenje praktičnosti, kvalitete, brzine i pristupa zdravstvenim uslugama. Ovo osiguranje može se naći u gotovo svim zemljama Europe.¹³

U zemljama s beveridgeovim modelom osiguranja, privatni fondovi imaju jako nisku primjenu. Privatno osiguranje se smatra luksuzom i potražnja za njim je stimulirana isključivo pogodnostima koje osiguranje pruža, poput kraćeg čekanja kod liječnika, kvalitetnijim uslugama, pristupu savremenijoj aparaturi itd.

Zemlje s bizmarkovim modelom zdravstvenog osiguranja karakterizira širok raspon uslužnih komponenti. Npr. u Belgiji i Francuskoj, stanovništvo je dužno lično snositi troškove koji nisu obuhvaćeni zakonskim osiguranjem.

Zdravstveni sistem u Danskoj počiva na obveznom, sveopćem osiguranju za sve državljane i rezidente. Ovim osiguranjem su pokrivene sve primarne i specijalističke medicinske usluge. Sistem je financiran iz javnih fondova, kroz centralizovan sistem poreza i doprinosa za zdravstvene usluge koji čine oko 8% od oporezivog iznosa primanja. Stepem oporezivanja građana se određuje na osnovu godišnjih pregovora između državnih i lokalnih vlada, te lokalnih vlada i zdravstvenih ustanova. Prema procjenama stručnjaka, oko 30% stanovnika Danske kupuje i privatno osiguranje od neprofitne organizacije „Denmark“, za pokrivanje troškova

¹² Thomson/ Mossialos (bilj. 10).

¹³ R. Saltman/J. Figueras, *European health care reform: analysis of current strategies*, Copengahen 1997.

usluga koje uključuju participaciju građana. Profitne, privatne osiguravajuće kompanije pokrivaju ukupno 5% tržišta medicinskih usluga, uglavnom za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite u privatnim bolnicama. Oko 99% bolnica u Danskoj su u državnom vlasništvu, a svi uposlenici su plaćeni iz državnog ili lokalnih javnih budžeta.¹⁴

Pravo na zdravstvenu zaštitu u Francuskoj je univerzalno. Troškovi zdravstvene zaštite se financiraju iz državnog budžeta za sve rezidente Francuske, pa čak i one koji su u zemlju ušli ilegalno ili su prethodno izgubili pravo na zdravstvenu zaštitu. Javni zdravstveni fond je pod upravom tzv. Odbora predstavnika, koji određuje visinu medicinskih i drugih zdravstvenih usluga, te visinu participacije građana u troškovima zdravstvene zaštite. Dvije trećine bolnica u zemlji su u državnom vlasništvu ili imaju status neprofitnih ustanova. Ove ustanove redovno primaju vladine novčane grantove za istraživanje, naučno nastavne programe, programe usavršavanja kadrova, programe pružanja prve pomoći, transplantacije organa i sl. Privatne, neprofitne zdravstvene ustanove čine preostalu trećinu sektora zdravstvene zaštite. Francuski zdravstveni sistem je prvenstveno financiran iz poreza na plate. Financiranje također dolazi iz privatnog zdravstvenog osiguranja (komplementarno osiguranje koje se za oko 92% stanovništva ostvaruje po osnovu radnog odnosa), fondova Vlade Republike Francuske za osobe sa niskim primanjima, te kroz nacionalni porez na alkohol i duhan. Predviđena je i participacija građana, a visina stope varira od vrste zaštite i kategorije bolesnika.¹⁵

Sredinom 1996. godine, Švicarska je službeno otpočela reformski proces rekonstrukcije sistema zdravstvene zaštite. Jedan od osnovnih razloga za pokretanje reforme su nerazmjerni doprinosi za zdravstvenu zaštitu kod žena i muškaraca, zbog povećanog rizika od obolijevanja kod žena, dužeg životnog vijeka, te viših troškova zdravstvene zaštite.

Dotadašnji sistem privatno-dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je postao sistem obaveznog privatnog-socijalnog zdravstvenog osiguranja. Uvedena je univerzalna pokrivenost zdravstvene zaštite za sve švicarske građane, međutim nije donesen nacionalni plan zdravstvenog osiguranja. Važeći sistem financiranja zdravstvenog osiguranja je zasnovan na tržišnoj konkurenciji između 84 privatna zdravstvena osiguravatelja, koje nude osnovni i dopunski paket zdravstvenog osiguranja. Šest najvećih osiguravajućih društava pokrivaju 80% tržišta. Njihove nadležnosti i funkcije su regulisane na kantonalnom nivou, ali određeno osiguravajuće društvo može raditi u više od jednog kantona, ali se pri tom mora prilagoditi propisima koji su na snazi u tom konkretnom kantonu. Osiguravajuća društva imaju status privatnih kompanija, ali im nije dozvoljeno ostvarivati profit po stavkama koje proizlaze iz osnovnog paketa zdravstvene zaštite, već samo za pokrivanja troškova usluga koje nisu uključene u osnovni paket. Za razliku od Sjedinjenih Američkih Država, gdje naknada za zdravstvenu zaštitu varira od vrste osiguranja¹⁶, u Švicarskoj, sve kategorije stanovništva dijele jednak model osiguranja.¹⁷

Zdravstveni sistem u Velikoj Britaniji se financira iz javnih fondova, preko Nacionalne zdravstvene službe (eng. National Health Service - NHS). Osnovni paket osiguranja pokriva sve preventivne, stacionarne i ambulantne usluge, lijekove, troškove stomatološke zaštite, zaštite mentalnog zdravlja i invaliditeta. Postoji relativno mali broj stavki koje zahtijevaju participaciju

¹⁴ K. Vrangbaek, Danish Health Care System, *Public Administration*, 86/2008.

¹⁵ I. Durand-Zaleski, The Health System in France, *Eurohealth*, Brussels 1/2008.

¹⁶ Naknade za siromašne u Medicaid su znatno niže od naknada koje plaćaju komercijalna osiguranja.

¹⁷ T. Cheng, *Understanding, The 'Swiss Watch' Function Of Switzerland's Health System*, Physicians for a National Health Program, Chicago 2010.

pacijenata u troškovima liječenja. Na primjer, oko 88% od recepata su izuzete od participacije, dok stomatološke usluge podliježu visini participacije do 250 € na godinu. Nacionalna zdravstvena služba pokriva 86% ukupnih zdravstvenih troškova, a financira se uglavnom iz općeg sistema oporezivanja (76%), ali i od strane nacionalnih doprinosa za zdravstveno osiguranje (19%), te od naknada za korisnike (5%). Osim redovnih prihoda, Nacionalne zdravstvene službe prihoduje od pružanja usluga za izdavanje lijekova na recept, te pružanja stomatoloških usluga općoj populaciji. Privatno zdravstveno osiguranje u Velikoj Britaniji je mješavina profitnih i neprofitnih osiguravajućih društava, čija je uloga uglavnom svedena na pružanje dopunskog privatnog zdravstvenog osiguranja. Privatno osiguranje nudi širi izbor specijalista, izbjegavanje redova za pojedine operacije i više standarde udobnosti te privatnosti u odnosu na usluge koje su pokrivene Nacionalnom zdravstvenom službom.¹⁸

Od početka 2006. godine, svi oni koji su imali prebivalište ili su plaćali porez na dohodak u Nizozemskoj, bili su dužni zaključiti zdravstveno osiguranje. Ova obaveza je propisana Zakonom o zdravstvenom osiguranju (na nizozemskom: Zorgverzekeringswet; ZVW). Prije 2006. godine, osobe koje su ostvarivale prihode iznad 30.000 € godišnje (oko 35% populacije) bili su izvedeni iz prava na osnovnu zdravstvenu zaštitu iz javnih fondova, te su bili primorani kupovati police zdravstvenog osiguranja od privatnih zdravstvenih osiguravatelja.

Vremenom je rastuće nezadovoljstvo dualnim sistemom javnih i privatnih zdravstvenih usluga doveo do reforme iz 2006. godine. Prema novom zakonu, osiguravajuća društva su obavezna pokrivati troškove pružanja standardne medicinske zaštite, hospitalizacije, stomatoloških usluga itd. Većina stanovništva kupuje komplementarno ili dopunsko privatno zdravstveno osiguranje od istog zdravstvenog osiguravatelja za usluge koje nisu pokrivene standardnim paketom. Do 2005. godine, ukupni udio privatnog zdravstvenog osiguranja činio je 20,1% ukupnih troškova u zdravstvenom sistemu. Nakon reforme iz 2006. godine, ovaj udio je pao na oko 7%¹⁹. Broj neosiguranih stanovnika, nakon provedene reforme, se procjenjuje na samo 1,5%.²⁰

Zdravstveni sistem u Sjedinjenim Američkim Državama je veoma specifičan po načinu financiranja. Zakon ne propisuje obavezno zdravstveno osiguranje za rezidente, pa stoga ovaj sistem osiguranja financijski ne podupiru niti Federalna vlada niti vlade pojedinih država članica, izuzev u nekoliko specifičnih programa (npr. za pripadnike oružanih snaga)²¹. Državljanima Sjedinjenih Amreičkih Država na raspolaganju stoji mnogo opcija pri izboru osiguranja, a sve u ovisnosti od visine prohoda i geografske dostupnosti usluga. Liječenje i zdravstvene usluge su financirani od strane pacijenata kroz različite programe osiguranja koje nude osiguravajuća društava. Većina programa su dostupni putem osiguranja koje obezbjeđuju poslodavci, najčešće po sniženoj cijeni.

Zdravstveno osiguranje u Sjedinjenim Američkim Državama je regulirano brojnim federalnim zakonima, od koji je najznačajniji Zakon o liječničkoj zaštiti i aktivnom radu (eng. Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), koji propisuje uslove za pružanje zdravstvenih usluga u ustanovama zdravstvene zaštite (bolnice, službe hitne pomoći i sl.). Zakon propisuje pružanje

¹⁸ S. Boyle, The health system in England, *Eurohealth*, Brussels 1/2008.

¹⁹ N. Klazinga, The health system in the Netherlands, *Eurohealth*, Brussels 14/2008.

²⁰ H. Maarse, *Health reform – one year after implementation*, Health Policy Monitor, 2007.

²¹ Veoma mali broj stanovnika SAD-a (starije osobe, siromašni, vojnici itd.) ima pravo na nekim vladinim programima na federalnoj i državnoj razini. Najpoznatiji od tih programa su Medicare (za starije osobe) i Medicaid (za siromašne ljude, koji nisu u mogućnosti platiti vlastito liječenje).

hitne pomoći svakome, bez obzira na prebivalište ili državljanstvo. Ova odredba je često korištena od strane neosiguranih lica, što rezultira preopterećenjem bolničkih i ambulantnih kapaciteta.

Federalni zakoni koji reguliraju zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje u Sjedinjenim Američkim Državama su i Konsolidirani zakon o sveopćem usklađivanju budžeta (eng. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), te Statut o prenosivosti zdravstvenog osiguranja i odgovornosti (eng. Health Insurance Portability and Accountability Act.).

Samo jedna federalna država, Massachusetts, je usvojila univerzalni sistem zdravstvene zaštite u 2006 godini.²² Neki gradovi nude programe osiguranja na lokalnoj razini (npr. San Francisco, California).²³

Zdravstveni sistem u Sjedinjenim Amričkim Državama je vrlo ozbiljna tema danas. Neki koraci u pravcu reforme sistema i uvođenju univerzalnog javnog osiguranja su već poduzeti. Novi Zakon o zdravstvenom osiguranju (eng. United States National Health Insurance Act)²⁴ upućen je u proceduru u Predstavničkom domu američkog Kongresa.²⁵ Ovaj Zakon predviđa besplatnu zdravstvenu njegu za svakog stanovnika u Sjedinjenim Američkim Državama. Međutim, protivnici prijedloga ovog zakona iznose veliki broj argumenata protiv njegovog usvajanja, od pada nivoa inovacija u zdravstvenom sistemu, preko preopterećenja budžeta, pa sve do dugih listi čekanja i korumpiranosti liječnika. Proponenti ovog zakona se pozivaju na jednakost u pristupu sistemu, solidarnost, te koegzistenciju sa sistemom privatnog osiguranja, što će i dalje ljudima omogućiti slobodan izbor.

U Njemačkoj postoje dva odvojena sistema zdravstvenog osiguranja: javno zdravstveno osiguranje (njem. Gesetzliche Krankenversicherung) i privatno zdravstveno osiguranje (njem. Private Krankenversicherung). Postoji sistem platnih kategorija prema kojima se određuje ko se može uključiti u privatni sistem zdravstvenog osiguranja, a ko u javni. Državni dužnosnici, poduzetnici i zaposlenici, čiji bruto prihod prelazi ca. 48.000 EUR su obvezni osigurati se putem privatnog osiguranja (to čini oko 10% stanovništva), dok javno zdravstveno osiguranje pokriva preostalih 88% stanovništva.²⁶

Privatni sistem zdravstvenog osiguranja je vrlo sličan onom u Sjedinjenim Američkim Državama. Premija se izračunava na temelju sporazuma između osiguravajućeg društva i pojedinca, a uključuje procjenu svih srodnih kriterija (npr. set pokrivenih usluga, zdravstveno stanje pojedinca i sl.). Javno zdravstveno osiguranje je regulisano Njemačkim socijalnim zakonom (Sozialgesetzbuch).²⁷ Premija koju ustanovljava Ministarstvo zdravstva temelji na skupu kriterija, i to „ekonomski održivih, dovoljnih, potrebnih i značajnih usluga“. Osim toga, premije su apstraktno procjenjivane i nisu ni na kakav način temeljene na zdravstvenom stanju pojedinca. One se izračunavaju prema postotku prihoda (obično plaće). Slaba strana ovog

²² M. Romney, *Health care for everyone? We've found a way*, 2006.

²³ L. Locke, *San Francisco's latest innovation: Universal Health care*, Time CNN, 2006.

²⁴ Poznat i kao Expanded and Improved Medicare for All Act (H.R. 676), tekst prijedloga zakona dostupan na: http://www.pnhp.org/sites/default/files/HR_676_2013.pdf.

²⁵ U vrijeme pisanja ove analize, prijedlog spomenutog zakona ponovo je upućen u parlamentarnu proceduru. Prijedlog je i ovaj put, kao i svih prethodnih 11 godina od njegovog prvog objavljivanja, podnio Kongresmen John Conyers Jr. (D-Mich.).

²⁶ R. Busse, *The health system in Germany*, Eurohealth, Brussels 14/2008.

²⁷ Sozialgesetzbuch, 2004. Dostupan na: <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/indcx.php>.

sistema leži u činjenici da isti ne omogućava pojedincima da uštede novac koji kasnije mogu iskoristiti za više troškove zdravstvene zaštite zbog rastuće dobi. Drugim riječima, stariji stanovnici, koji moraju izdvajati mnogo više novca od mlađih, često nisu u mogućnosti da u zrelijoj dobi podmire svoje troškove, a mlađi naraštaji su dužni voditi brigu o starijim osobama koji ih brojčano nadmašuju.

Većina Nijemaca je zadovoljna sa zdravstvenim sistemom²⁸, koji im pruža mnogo mogućnosti u odabiru liječnika, te izuzetno kvalitetan tretman. Njemački sistem zdravstvenog osiguranja kombinira obilježja javnog i privatnog, ali uveliko ovisi o količini rada i doprinosa koje plaćaju mladi ljudi. Zbog demografskih promjena u zemlji, iznos uplata mladih ljudi se stalno smanjuje, što u budućnosti može izazvati preopterećenje sistema.²⁹

Analiza pokazuje da su se sve izabrane zemlje suočile sa sličnim izazovima u pogledu financiranja zdravstva (neadekvatno korištenje resursa, problemi s preopterećenjem sistema zbog životnog vijeka, velikog broja imigranata i sl.), te su se zbog različitih faktora odlučile da svoje reforme sprovedu na različit način. Iz navedenog se može zaključiti da se zdravstveni sistemi u većini izabranih zemalja Europe financiraju gotovo isključivo iz javnih fondova. Javno financiranje zdravstvene zaštite, u odnosu na privatne, je prihvaćeno kao transparentnije i solidarnije rješenje. Doprinosi koji se izdvajaju su neovisni o pojedinom riziku.

Veoma mali broj zemalja u Europi se oslanja na participacije pacijenata kao značajni izvor prihoda u sektoru zdravstva. Otprilike, polovica zemalja koristi neki oblik učešća u zaštiti u prvom ambulantnom kontaktu, a druga polovina na bolničko zbrinjavanje. Jedina iznimka značajnijeg korištenja participacija pacijenta je u kupovini lijekova.³⁰ Negativni utjecaji participacije na pacijenta se mogu ogledati u prebacivanju dijela troškova na pojedince, što može dovesti do znatnog smanjenja korištenja zdravstvenih usluga. Nadalje, participacija stvara barijere u pristupu zdravstvenoj zaštiti.³¹

Potrošačke zdravstvene usluge mogu se također plaćati i fiksnom naknadom za predmet ili uslugu (co-payment) ili platiti kao fiksni postotak od ukupnog troška i osiguratelj plaća razliku ostatak (co-insurance).³²

U nekim zemljama (npr. Švicarska i Sjedinjene Američke Države) se koriste i tzv. odbici (eng. deductibles). Radi se o troškovima koje osiguranik plaća za osiguranje prije nego što to za njega plati osiguravajuće društvo. Odbici se odnose na:

- maksimalni iznos participacije (eng. out-of-pocket iznos), koji predstavlja fiksnu cijenu za jednu godinu, nakon čega svi troškovi plaćeni od strane pacijenta se refundiraju od strane osiguravajućeg društva.
- naknadu za lijekove (tzv. farmaceutska referentna cijena), je u potpunosti nadoknađena od strane osiguravatelja. Ako pacijent preferira skuplji lijek od onog koji mu je ponuđen, dužan je lično nadoknaditi razliku. Referentne cijene lijekova uvedene su u Danskoj, Njemačkoj i Holandiji.³³

²⁸ D. Green/B. Irvine, *Health care in France and Germany: Lessons for the U.K.*, London 2008.

²⁹ Z. Oleksandrovych, *Advantages and disadvantages of privatization of health insurance*, CEU Library, 2009.

³⁰ R. Saltman/J. Figueras, *Analyzing the evidence on European health care reforms*, Atlanta 1998.

³¹ Saltman/Figueras (bilj. 13).

³² Thomson/Mossialos (bilj. 10).

³³ Saltman/Figueras (bilj. 13).

4. Reforme i privatizacije zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini

Privatizacija javnih zdravstvenih ustanova u Bosni i Hercegovini je neizbježan element svake debate o reformi u zdravstvu. Vijeće ministara Bosne i Hercegovine je krajem 2010. godine usvojilo Odluku o implementaciji plana „Aktivnosti za integraciju zdravstvenog sektora Bosne i Hercegovine u Europsku uniju“, u kojem su predstavljeni osnovni ciljevi jačanja zdravstvenog sektora u procesu EU integracije. Delegacija Evropske unije u Bosni i Hercegovini je u maju 2011. godine prezentirala projekt „Reforma financiranja sekundarne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini“, s ciljem poboljšanja pružanja usluga u zdravstvu.

Pored promjene sistema financiranja, novi Zakon o zdravstvenom osiguranju trebao bi na sasvim drugačiji način regulirati organizaciju zavoda zdravstvenog osiguranja koju je, s jedne strane potrebno uskladiti sa odredbama Zakona o jedinstvenom sistemu registracije, kontrole i naplate doprinosa za socijalno osiguranje³⁴ cijelog sistema i ukloniti nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama za osiguranike i koji ima za cilj ostvarivanje određenih ušteda, kao i dok je s druge strane neophodno postići veću efikasnost cijelog sistema i ukloniti nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama za osiguranike iz različitih kantona u Federaciji, a koja danas očito predstavlja jedan od najvećih problema u zdravstvu uopšte.³⁵

Odabir načina na koji će se pristupiti rješavanju pitanja privatizacije u bosanskohercegovačkom zdravstvu je još uvijek u domenu akademske i stručne debate. Entitetskim parlamentima na raspolaganju stoji nekoliko modela ulaska privatnog kapitala u javni zdravstveni sektor. Prvi model bio bi klasična privatizacija, poput one koja je provedena u privredi. Drugi bi mogao biti putem ugovora o koncesiji, a treći model kroz javno – privatno partnerstvo.³⁶

Opći ciljevi privatizacije u Bosni i Hercegovini bi u svom dizajnu trebali ozbiljno razmotriti nekoliko ključnih faktora: prije svega, pravilan i optimalan odabir podsektora zdravstva koji će biti predmet privatizacije; način i model reguliranja tržišta pružanja usluga i tržišta ostvarivanja zdravstvenog osiguranja; modele plaćanja tih usluga u javnom i privatnom sektoru, te na kraju pitanja konkurencije i solidarnosti.³⁷

Optimalni cilj privatizacije u Bosni i Hercegovini se može postići kroz osiguranje minimalnih zakonskih uslova da javni i privatni sektor djelotvorno koriste ljudske i materijalne resurse za unapređenje zdravlja stanovništva, uklanjanje fragmentacije u ovoj domeni, te postizanje pune koherentnosti, te harmonizacije u propisima. Svaki pristup je neophodno dobro procijeniti kako bi se izbjegle neželjene posljedice. Nekritično iniciranje procesa privatizacije u zdravstvu u nekim zemljama Europe, povećalo je izdatke zdravstvenog osiguranja i nije ispunilo zamišljena očekivanja.

Pitanje privatizacije zdravstvenog sistema je jedan od predstojećih izazova s kojima će se vlade oba bosanskohercegovačka entiteta i Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine morati suočiti u budućnosti. U Republici Srpskoj i Brčko Distriktu su već neko vrijeme na snazi Zakon o javno –

³⁴ Sl. nov. FBiH 42/09.

³⁵ E. Mujkić, Sistem zdravstva u Bosni i Hercegovini: stanje i pravci moguće reforme, *Sveske za javno pravo*, Sarajevo 5/2011.

³⁶ Ibid.

³⁷ B. Hrabač/S. Huseinagić, Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH: Privatna praksa ili privatno vlasništvo?, *Bilten Ljekarske komore ZDK*, 12/2007.

privatnom partnerstvu Republike Srpske³⁸ i Zakon o javno – privatnom partnerstvu Brčko Distrikta³⁹. Ovakav zakon je usvojen samo u nekim kantonima Federacije Bosne i Hercegovine (npr. Unsko-sanski kanton⁴⁰), dok se u drugim kantonima nalazi u parlamentarnoj proceduri.

Trenutačno, zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine je organizirana u kantonima, ali se njena koordinacija vrši od strane Federalne vlade, što upućuje na zaključak da se radi o decentraliziranom sistemu zdravstva. Ova oblast u Federaciji Bosne i Hercegovine je uređena sa dva osnovna zakona, Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji su usvojeni 1997. godine. Važeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije Bosne i Hercegovine ne ograničava mogućnost osnivačima zdravstvenih institucija u prodaji, davanju u podzakup dijela ili cjelokupnih kapaciteta zdravstvenih ustanova. Međutim, zakon detaljnije ne precizira formu, način i obim ovih prava, pa niti obvezu vlade da predloži, a zakonodavca da usvoji podzakonski akt kojim će se bliže urediti ova problematika.

Prema prof. Hrabaču⁴¹, vodeći ciljevi reforme financiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine bili su sljedeći: (a) kontroliranje troškova zdravstva na makro-razini; (b) poboljšanje institucionalne efikasnosti sistema; (c) promicanje principa solidarnosti; (d) razvijanje instrumenta za implementaciju ciljeva zdravstvene politike, kroz ugovaranje zdravstvenih usluga; (e) razvijanje održivog sistema financiranja zdravstva kroz utemeljenje dva tipa zdravstvenog osiguranja (obaveznog i dobrovoljnog); (f) te utemeljenje jedinstvenog sistema zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine koji će poštovati kantonalnu administrativnu organizaciju entiteta, a ne samo etničku organizaciju kao rezultat ratnog konflikta. Stoga, postoje prijedlozi da bi entitetske vlade, u što skorijem periodu, trebale usvojiti “Politiku i strategiju privatizacije u zdravstvu“. Donošenjem ovakvih akata bi se, prema mišljenju profesora Hrabača, riješile sve dileme i ponudili svi odgovori na pitanja u ovoj oblasti.

Hrabač u svojoj analizi navodi da će se predstojeći proces privatizacije, konkretno u Federaciji Bosne i Hercegovine, vjerovatno ograničiti na pojedine podsektore zdravstva, te na višak bolničkih kapaciteta koji neće biti u sastavu mreže zdravstvenih ustanova. Tokom izrade sveobuhvatnog plana za privatizaciju u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine morat će se eksplicitno odlučiti koje podsektore zdravstva, službe ili tipove ustanova ovaj proces treba da obuhvata, a koje ne. Također se na vrlo transparentan način moraju objasniti razlozi takvih opredjeljenja. Ciljevi privatizacije u zdravstvu bi se na primjer mogli definirati na sljedeći način: uvesti tržišne mehanizme motivacije u pojedine podsektore zdravstva (npr. u porodičnu medicinu), poboljšati institucionalnu efikasnost, podnajam i podzakup suvišnog prostora, prodati ili iznajmiti objekte koji nisu dio “mreže zdravstvenih ustanova“, te na taj način smanjiti ukupne troškove fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja.⁴²

³⁸ Sl. gl. RS 59/09.

³⁹ Sl. gl. BDBiH 7/10.

⁴⁰ Sl. gl. USK 19/12.

⁴¹ B. Hrabač et al, Reforma zdravstvenog osiguranja u F BiH, *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)*, 1/2011.

⁴² Hrabač/Huseinagić (bilj. 37).

5. Opis pozitivnopravnog okvira - praktični problemi i izazovi

Osnovne karakteristike postojećeg sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini su izuzetno visoki troškovi usluga i finansijska neodrživost zdravstvenih ustanova, nemogućnost pristupa građana adekvatnom liječenju na teritoriji cijele zemlje, te nezadovoljstvo korisnika postojećim opsegom i kvalitetom usluga. Fragmentiranost zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini u pogledu pružanja usluga građanima, te neusklađenost zakonskih i podzakonskih propisa, značajno doprinosi destabilizaciji i urušavanju postojećih kapaciteta u sistemu, te neminovno vode ka opsežnim reformama čiji bi osnovni cilj trebao biti eliminiranja postojećih razlika te uspostavljanje funkcionalnosti i efikasnosti cjelokupnog sistema.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske⁴³ u čl. 58 i 59 propisuje da se odnosi između Fonda i zdravstvenih ustanova (državnih i privatnih), u vezi sa pružanjem zdravstvene zaštite osiguranim licima, regulišu ugovorom, naročito kod vrste, obima i kvaliteta zdravstvenih usluga koje se pružaju osiguranim licima Fonda, plaćanje ugovorenih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite, načina obračunavanja usluga, načina rješavanja spornih pitanja i drugih međusobnih prava i obaveza ugovarača. U hitnim slučajevima, a u slučaju kada nije zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, iste se plaćaju zdravstvenoj ustanovi.

Privatno zdravstveno osiguranje uređeno je čl. 76-79 Zakona o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske. Građani Republike Srpske i druga lica imaju mogućnost osiguranja kod privatne agencije za zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja i prava koja nisu obuhvaćena obaveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem. Privatne agencije zdravstvenog osiguranja pružanje zdravstvenih usluga ugovaraju direktno sa zdravstvenim ustanovama, i to na osnovu jedinstvenih cijena zdravstvenih usluga koje utvrđuje Fond i zdravstvene komore. Nadzor na radom ovih organizacija ministarstvo nadležno za poslove zdravlja u Republici Srpskoj.

U čl. 3 st. 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske⁴⁴ se navodi da zdravstvena djelatnost u Republici Srpskoj se obavlja u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama, po medicinskoj doktrini i uz upotrebu medicinske tehnologije. Zdravstvena ustanova se može osnovati kao javna ili privatna zdravstvena ustanova pod jednakim uslovima, u skladu sa ovim zakonom i Zakonom o sistemu javnih službi⁴⁵.

Temeljem čl. 44 Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske, privatnu zdravstvenu ustanovu može osnovati pravno i fizičko lice i to: ambulantu porodične medicine, stomatološku ambulantu, apoteku, specijalističku ambulantu, specijalistički centar, bolnicu, zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, dom za zdravstvenu njegu, laboratoriju i banku matičnih ćelija. Ove ustanove se mogu osnovati isključivo na osnovu rješenja o ispunjenosti uslova za početak rada i upisa u Registar zdravstvenih ustanova, koji vodi nadležno Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske.

Predmetni Zakon u čl. 107 taksativno nabraja usluge iz posebnih medicinskih oblasti koje ne mogu pružati privatne zdravstvene ustanove u Republici Srpskoj: transplantacije, transfuzijske medicine, sudske medicine, socijalne medicine, medicine rada, higijene, epidemiologije, hitne

⁴³ Sl. gl. RS 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09 i 106/09.

⁴⁴ Sl. gl. RS 106/09.

⁴⁵ Sl. gl. RS 68/07.

medicinske pomoći, obdukcije i utvrđivanja uzroka smrti, forenzičke psihijatrije, citogenetike i mikrobiologije.

U obrazloženju prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske, kojim se nastoje ostvariti strateški ciljevi koji su definisani u *Politici unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite do 2010. godine*, te *Strategiji za primarnu zdravstvenu zaštitu* i *Strategiji za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu*, organizacija zdravstvene zaštite je doživjela izvjesne izmjene u pogledu odustajanja od centralizovanog planiranja kapaciteta zdravstvenog sistema. Imajući u vidu buduće trendove razvoja zdravstvenog sistema Republike Srpske, te poštujući ravnopravnost javnog i privatnog sektora, prava građana za korištenje zdravstvene zaštite u RS, prijedlogom Zakona se predviđa da će Fond zdravstvenog osiguranja ugovarati pružanje zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama na osnovu zdravstvenog stanja stanovništva, broja i starosne strukture stanovništva, stepena urbanizacije, razvijenosti i saobraćajne povezanosti pojedinih područja, jednake dostupnosti zdravstvene zaštite, potrebnog obima zdravstvenih usluga i ekonomskih mogućnosti; što indirektno upućuje na zaključak da je i proces privatizacije otvorena opcija.

U Republici Srpskoj postoji djelomično definirana organizacija zdravstvenih ustanova, te način financiranja zdravstvenog sistema i zdravstvene zaštite. Isti se provode uz potpunu centralizaciju kontrole organizovanja. Kao strateški cilj br. 1 vladine Strategije za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu u Republici Srpskoj (2004-2006), navodi se izrada, usvajanje i implementacija nove legislative u cilju jasnijeg pozicioniranja bolničkog sektora, s ciljem jasnijeg i preciznijeg pozicioniranja ovih ustanova u Republici Srpskoj. U neka od bitnih pitanja koja hitno moraju biti riješena kroz nove zakonske propise spadaju: definiranje kategorija bolničkih ustanova, uspostavljanje kliničkih mreža, dvojna praksa, uloga privatne prakse u pružanju usluga unutar bolničkih ustanova, uvođenje profesionalizacije bolničkog menadžmenta, uvođenje novih mehanizama plaćanja i stimulacije, itd.

U Republici Srpskoj je također usvojena strategija razvoja nacionalnog zdravstvenog sistema u periodu do 2010. godine. Iako je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske (u čl. 142) propisano da će Narodna skupština Republike Srpske u roku od godinu dana, od dana stupanja na snagu ovog zakona (u decembru 2009) donijeti srednjoročnu Strategiju razvoja nacionalnog zdravstvenog sistema, ista nije donesena i usvojena već nekoliko godina.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti niti Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine ne prave distinkciju između privatnog i javnog sektora. Ovim Zakonima je stvoren prostor za privatnu praksu i privatnu zdravstvenu djelatnost, ali je zbog nepreciznog zakonskog regulisanja ove materije, ostalo niz neriješenih statusnih pitanja.

U skladu s čl. 49 Zakona o zdravstvenoj zaštiti Federacije Bosne i Hercegovine⁴⁶, zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove i privatne prakse na način propisan ovim zakonom, propisima o zdravstvenom osiguranju i propisima o ustanovama. Oblast privatne medicinske prakse u Federaciji Bosne i Hercegovine je regulisana čl. 162-180. Cijene zdravstvenih usluga za poslove ugovornog privatnog zdravstvenog radnika određuje zavod zdravstvenog osiguranja kantona. Maksimalnu cijenu zdravstvenih usluga za poslove privatne prakse u kojima zdravstveni radnik koji obavlja privatnu praksu nije ugovorni privatni zdravstveni radnik, utvrđuje nadležna komora. Cijene zdravstvenih usluga iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

⁴⁶ Sl. nov. FBiH, broj 46/10.

određuje društvo za osiguranje, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komora. Nadzor nad radom zdravstvenih ustanova, zdravstvenih radnika u zdravstvenim ustanovama, te privatnih zdravstvenih radnika obuhvata unutrašnji nadzor i zdravstveno-inspekcijski nadzor.

Novi zakon o zdravstvenom osiguranju bi uveliko mogao odrediti pravac same reforme zdravstva, kao i njene krajnje domete. Naime, ovaj bi zakon trebao ponuditi najviše promjena u odnosu na sistem kakav danas egzistira. To se, prije svega, odnosi na način financiranja zdravstva, kako iz sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, tako i iz novih izvora financiranja koje novi zakon tek treba da ponudi.⁴⁷

Oba doma Parlamenta Federacije Bosne i Hercegovine su još 2008. godine usvojila Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine (za period 2008-2018 godine)⁴⁸. Ovim planom utvrđuju se strateški ciljevi u oblasti zdravstva i iz kojeg se daju naslutiti pravci buduće reforme u oblasti zdravstva. Zacrtni strateški ciljevi podijeljeni su na opće i specifične. Najznačajniji opći ciljevi su obezbjeđivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga, te eliminacija nejednakosti u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, dok su prioritetni specifični ciljevi efikasno i savjesno upravljanje resursima u zdravstvu, jačanje primarne i racionalizacija sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, informatizacija zdravstvenog sistema, jačanje javnog zdravstvenog sektora, itd.

Pitanje privatizacije u zdravstvu se nameće kao jedno od glavnih izazova u predstojećim reformama. Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje pravo osnivaču zdravstvene ustanove da može prodati, odnosno dati u zakup, kapacitet ili dio kapaciteta zdravstvene ustanove, ali dalje razrade ove odredbe, odnosno načina privatizacije i zakupa javnih zdravstvenih ustanova od strane potencijalnih korisnika ne postoje. Zakon nije predvidio niti obavezu donošenja podzakonskog akta kojim bi se bliže regulirala ova pitanja. Jedan od razloga slabijeg investiranja u stomatološku opremu i infrastrukturu je opredjeljenje predloženo u ranijim strateškim planovima da ove službe budu među prvima koje će proći proces privatizacije.

Trenutno se u proceduri pred Domom naroda Parlamenta Federacije Bosne i Hercegovine nalazi Prijedlog zakona o liječništvu, koji je prethodno usvojen od strane Predstavničkog doma Parlamenta Federacije Bosne i Hercegovine u decembru 2012. godine.⁴⁹ Prijedlog zakona o liječništvu uređuje pojam, organizaciju i uslove za obavljanje liječničkog zvanja, djelovanje liječnika kao osnovnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine. Donošenje zakona je inicirano u kontekstu samoregulacije posebnih profesija u zdravstvu saglasno Madridskoj deklaraciji⁵⁰, a čime se ispunjava i specifični strateški cilj definiran Strateškim planom razvoja zdravstva za period 2008-2018 usvojenim 2008. godine od strane Parlamenta Federacije Bosne i Hercegovine.⁵¹

⁴⁷ Mujkić (bilj. 35).

⁴⁸ Federalno ministarstvo zdravstva, *Strateški plan razvoja zdravstva u F BiH u periodu od 2008. do 2018.*

⁴⁹ Prijedlog Zakona o liječništvu upućen je u parlamentarnu proceduru u julu 2012.

⁵⁰ Madridska deklaracija o profesionalnoj autonomiji i samoregulaciji je usvojena na 39. Svjetskoj medicinskoj skupštini u oktobru 1987. Deklaracija se posvećena pitanjima profesionalne autonomije liječnika pojedinca, s ciljem postizanja visoko kvalitetne medicinske zaštite zasnovane na medicinskoj etici. Deklaracija navodi da profesionalna autonomija liječnika podrazumijeva i određenu odgovornost kao i dobro razrađen sistem pravila koja reguliraju postupanje liječnika. Deklaracija zahtjeva da nacionalna medicinska udruženja u svojim zemljama ustanove i podrže sistem samoregulacije liječnika, kao i da aktivno učestvuju u njemu.

⁵¹ Prijedlog spomenutog zakona usvojen je u nastavku 14. redovite sjednice Doma naroda Parlamenta Federacije BiH, održane 20. 05. 2013.

6. Argumenti „za“ i „protiv“ privatizacije zdravstvenog sistema u bosanskohercegovačkim entitetima

Privatno zdravstveno osiguranje generalno doprinosi porastu kvalitete zdravstvenih usluga, jer se finansijska sredstva iz premija najčešće usmjeravaju u kupovinu bolje opreme, čime se nastoji privući više pacijenata, te osigurati visoka efikasnost u pružanju zdravstvene usluge. Državno (javno) osiguranje stvara veliku ovisnost o subvencijama države. Država se ponaša paternalistički i ozbiljno ograničava slobodu izbora kod građana.

Glavne prednosti privatne zdravstvene djelatnosti uključuju:

- Privatna ulaganja u materijalne resurse, koja su mnogo viša i efikasnija od ulaganja države u javne zdravstvene usluge i infrastrukturu;
- Veći izbor doktora medicine i povećanog broja pružatelja medicinskih usluga;
- Veća produktivnost rada, pravovremena medicinska njega, smanjeni redovi;
- Smanjenje troškova usluga zbog povećane konkurencije;
- Uspostavljanje konkurentnosti između pružatelja usluga i podizanja kvalitete rada;
- Povećana profesionalna autonomija i povećana iskorištenost kapaciteta;
- Veća transparentnost i kontrola potrošnje od strane menadžmenta;
- Uspješnije rukovanje i odgovornost za poslovni uspjeh.

Protivnici privatizacije zdravstva argumentuju kako privatizacija zdravstva može prouzrokovati:

- Mogućnost miješanja zdravstvenih usluga u javnom i privatnom sektoru;
- Koncentraciju finansijske dobiti u rukama pojedinca;
- Davanje prioriteta liječenju u odnosu na prevenciju bolesti;
- Loša saradnja sa javnim zdravstvenim agencijama u pružanju hitne medicinske pomoći, uspostavljanju sistema dežurstava i zamjene tijekom praznika;
- Slaba koordinacija finansijskih interesa javnih obveznika;
- Nepotrebna i pretjerana uslužnost u liječenju pacijenata o javnom trošku;
- Ilegalno generiranje prihoda (tzv. „dobit od bolesti,“);
- Prelasci dobro obučenog osoblja iz javnog u privatni sektor, uzrokujući višak zaposlenih u javnom zdravstvu, a time i opasnost od propasti i kolapsa javnih ustanova.

Prednosti za javni sektor:

- Transfer dijela rizika na privatni sektor;
- Iskorištavanje *know – how* i iskustva privatnih partnera.

Slabosti za javni sektor:

- Fokusiranje na kratkoročne rezultate poslovanja;
- Nejasna raspodjela rada između javnog i privatnog sektora, koji mogu uticati na prebacivanje odgovornosti.

Koristeći SWOT analizu, moguće je sumirati prednosti i slabosti potencijalne privatizacije javnih ustanova u Bosni i Hercegovini, kao prilike i prijetnje u njenom iniciranju. Prednosti privatizacije leže u činjenici da se radi o poznatoj i dobro razrađenoj pravnoj formi i modelu, koji je korišten na različite načine u brojim zemljama. Komparativna analiza može ponuditi veliku prednost u odabiru pojedinih zakonskih rješenja, te može olakšati zakonodavcima zadatak pronalaženja najoptimalnijeg oblika redefinicije i rekonstrukcije sistema financiranja u zdravstvu. Privatizacija se javlja kao jedan od oblika funkcionalnog upravljanja koji podržava

Evropska unija, te je jasno usaglašen sa pravnim normama brojnih zemalja u Uniji. Ovim potezom, osigurali bi se i pouzdaniji poslovni uslovi za partnerstvo, te za strane investicije. Proces privatizacije zdravstva, načelno, osigurava veće poštovanje načela samoupravnosti regija, precizno određuje upravljačke strukture u ustanovama, uključujući i podjele odgovornosti. Potencijalnom privatizacijom javnih zdravstvenih ustanova u Bosni i Hercegovini povećalo bi se učešće zaposlenika u kontroli, osiguralo bi se transparentnije računovodstvo, efikasnije uredila zakonska revizija, te bi se time ostvarili povoljni porezni uslovi.

Slabosti koje proces privatizacije javnih zdravstvenih ustanova može donijeti uključuju, nemogućnost kontrole od strane javnosti, te nedostatak socijalnog fonda za zaposlenike. Nadalje, privatizacijom zdravstvenih ustanova javila bi se zbunjujuća struktura vlasništva. Proces bi također pogodio liječnicima i visokokvalifikovanom medicinskom osoblju da istovremeno zasnuju odnos u javnim ustanovama, te da potkopavaju njihov rad u korist privatnih ustanova u kojima su suvlasnici ili u kojima ostvaruju veći dio ličnih prihoda. Ujedno, ne bi postojala obaveza usmjeravanja ostvarenog profita na određeni cilj ili u korist određene dobrobiti.

Potencijalne prilike koje proces privatizacije nosi sa sobom uključuju optimizaciju kapaciteta ustanova, djelotvornije upravljanje materijalnim i ljudskim resursima, te ekonomičnije rukovanje lijekovima i medicinskim pomagalicama. Postoji mogućnost javljanja i visoke tendencije poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, putem veće slobode izbora liječnika i medicinske opreme za pacijenta. Privatizacija otvara vrata ka zakonski uređenom pružanju dodatne njege (uz nadoknadu ili uz korištenje određenih povoljnosti iz paketa osiguranja), te mogućnost finansijskog vrednovanja kvalitete osoblja za usluge koje pružaju.

Na poslijetku, proces privatizacije donosi i prijetnje održivosti zdravstvenog sistema, te njegovoj potencijalnoj deterioraciji. Naime, naglim i nedovoljno promišljenim provođenjem procesa moguće je izazvati kolaps javnih bolnica i drugih javnih ustanova. Druga posljedica je moguće smanjenje u dostupnosti zdravstvene zaštite, te stvaranje profita kao jedini motiv u obavljanju zdravstvenih usluga.

7. Potencijalni učinci privatizacije zdravstvenog sistema u bosanskohercegovačkim entitetima

Negativni učinci uvođenja dualizma privatnog/javnog osiguranja se ogledaju u:

- prijetnji dugoročne finansijske stabilnosti postojećeg javnog sistema. S obzirom da postoji pozitivna korelacija između razine dohotka i zdravstvenog stanja stanovništva, akumulacija sredstava zamjenskih privatnih fondova i osiguranja potkopava redistributivne mehanizme u društvu.⁵²
- dodatno privatno osiguranje povećava nejednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti, posebno tamo gdje su jasno definirane granice između javnog i privatnog u pružanju zdravstvene zaštite.
- Subvencije iz državnog budžeta osiguravajućim društvima su nedjelotvorne, jer one narušavaju pravu cijenu osiguranja. One su administrativno komplikovane i stvaraju visoke troškove transakcije.⁵³ Subvencije mogu potkopati i preraspodjelu finansijskih sredstava između sistema, jer su porezi nametnuti svim slojevima društva. Drugi rizik ovakve subvencije je da oni stvaraju dodatne mogućnosti za prijevare i utaje poreza.

⁵² Thomson/Mossialos (bilj. 10).

⁵³ *Ibid.*

- Privatni osiguranici plaćaju veće administrativne troškove nego za obvezna osiguranja.⁵⁴
- Sistem privatnog osiguranja omogućava osiguranicima veći spektar usluga, ali on ne povećava ukupni obim usluga koje su dostupne unutar javnog zdravstva.
- Brojna istraživanja potvrđuju da privatna osiguranja imaju tendenciju nedjelotvornosti, jer projekcije ponuđenih zdravstvenih usluga su vrlo nejasne.⁵⁵
- Privatni sistem zdravstvenog osiguranja je nesolidaran, jer dugoročno bolesni ljudi obično će morati platiti veće premije ako se žele osigurati.⁵⁶

Mogući negativni uticaji privatizacije na cjelokupni zdravstveni sistem su mnogobrojni. Moguće ih je klasificirati u nekoliko kategorija:

- negativan uticaj na zaposlenike,
- negativan uticaj na zdravstvenu zaštitu,
- negativan uticaj na razvoj medicinske infrastrukture i inovacije,
- negativan uticaj na zdravlje.

Privatizacija zdravstva često korelira sa *negativnim uticajem na osoblje* zaposleno u zdravstvenim ustanovama, u kontekstu pogoršanja uslova rada, otpuštanja, te odlaska kvalificiranih kadrova u inozemstvo. Nadalje, negativna posljedica se ogleda i u smanjenju prihoda u javnim zdravstvenim ustanovama, te ukupnom smanjenju broja medicinskog osoblja.

Negativan utjecaj na zdravstvenu zaštitu se ogleda kroz ograničavanje opsega zaštite. Često se govori o sužavanju spektra usluga, smanjenju dostupnosti usluga. Također, posljedica može biti nekoordinirana raspodjela usluga i korištenja resursa između privatnog i javnog sektora, koja neminovno može dovesti do kraha sistema.

Orijentacija zdravstvenih ustanova prema ostvarivanju profita i fokus na unosnost u poslovanju je još jedan ozbiljan faktor koji je neophodno razmotriti. Protivnici privatizacije javnih ustanova ukazuju na činjenicu da zdravstvena zaštita u privatiziranim ustanovama je ovisna o priljevu novca. Stoga je menadžment prisiljen razmišljati ekonomski, te posvetiti se samo opskrbi unosnih usluga, što bi u rezultanti značilo mnogo veći odljev novca u taj sektor i znatno manji priliv u javni. Kao odgovor, javni sektor bi mogao razviti tendenciju investiranja dobijenog novca u te iste konkurentne oblasti i ostaviti druge, manje unosne oblasti osiromašene za kvalitetan kadar i opremu. Javne ustanove tako postaju entiteti koji generiraju profit na uštrb kvalitete zdravstvene zaštite, a time i na štetu pacijenata.

Negativan uticaj na razvoj medicinske tehnologije, opreme, infrastrukture i inovacija je vidljiv kroz potencijalni kolaps javnih bolnica zbog izuzetno niskog priljeva sredstava iz javnih fondova osiguranja, a posebno mogućnost njihovih „tuneliranja“ od strane korumpiranog menadžmenta, kako bi iste vrijedile manje na tržištu i postale predmet kupovine kapitalaca.

Opći *negativni uticaj privatizacije na zdravlje* je prvenstveno moguće učiti kroz monopolizaciju određenih oblasti u zdravstvu na uštrb široke populacije. Protivnici privatizacije javnih zdravstvenih ustanova strahuju od situacije u kojoj bi ustanove u određenoj regiji mogle biti koncentrisane u rukama jednog monopoliste, koji bi imao ovlasti diktirati cijene, te postaviti pritisak na osiguravajuća društva za povećanje uplate za liječenje.

⁵⁴ J. Figueras/E. Mossialos/A. Dixon/J. Kutzin, *Funding health care: options for Europe*, Copenhagen 2002.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Saltman/Figueras (bilj. 13).

Imajući u vidu ovlasti kojima entiteti i kantoni unutar Federacije Bosne i Hercegovine raspolažu, moguće je zaključiti da su legitimni rizici u procesu potencijalne privatizacije zdravstvenog sistema, zabrinutost zbog pogoršanja uslova rada i socijalnih davanja uposlenika u javnim ustanovama bolnice i nemogućnost kontrole poslovanja od strane javnosti.

Pored navedenog, privatizacija javnih zdravstvenih ustanova u Bosni i Hercegovini bi trebala uzeti u obzir potencijalne promjene u sistemu obrazovanja. Kontinuirano praćenje potražnje za zdravstvenim strukama i relevantne prognoze, a također i subvencioniranje studenata za rad u javnim ustanovama, te studijskih programa u oblastima od značaja za širu javnost, a ne samo za profitabilne medicinske oblasti. Također, neophodna je i revizija programa obuke i studiranja s obzirom na njihovu usklađenost i poboljšanje uslova rada liječnika i tehničkog medicinskog osoblja.

Važan korak prema stabilizaciji sistema u okviru šire društvene privatizacije je ojačana budžetska disciplina u zdravstvenom osiguranju i planiranju zdravstvenog osiguranja. Sljedeći korak je i jačanje odgovornosti zdravstvenog osiguranja u sistemu upravljanja. Glavni prioritet je uspostavljanje ravnoteže između prihoda i rashoda javnog zdravstvenog osiguranja. Opseg i struktura istih treba odražavati medicinske potrebama i prioritetima stanovnika.

Na kraju, neophodan korak ka uspješnoj privatizaciji je uklanjanje strukturalnih nejednakosti i uspostavljanje discipline u investicijske politike.

8. Zaključak

Oblikovanje zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini uslovljeno je nizom faktora, od kojih valja istaći ekonomski i privredni razvoj zemlje, neharmonizovanu fiskalnu politiku u oba bosanskohercegovačka entiteta i Brčko Distriktu, niske materijalne mogućnosti građana za izdvajanja u javne zdravstvene fondove, odnos javnoga i privatnoga sektora u sistemu, pitanje efektivne kontrole troškova i sl. Nadalje, pravno-političko ustrojstvo Bosne i Hercegovine i način na koji država intervenira u zdravstvenom sektoru, stepen administrativne kontrole, načini odlučivanja i uloge građana rezultiraju tim da postojeći sistemi zdravstvene politike se već dugi niz godina ne nalazi u fokusu interesovanja javnosti.

Izazovi s kojima se suočava zdravstveni sistem u oba bosanskohercegovačka entiteta postaju mnogo složeniji u odnosu na prethodni period. Privatizacija zdravstvenog sektora je, u kontekstu razvoja privrede i ekonomije u Bosni i Hercegovini, neizbježna tema razgovora o reformi zdravstva. Proces privatizacije u oba bosanskohercegovačka entiteta je u svojim začecima, a s obzirom na njegovu složenost i kompleksnost, vladajuće strukture moraju posvetiti ozbiljnu pažnju. Obje entitetske vlade moraju razraditi ozbiljnu strategiju i pravac djelovanja u reformskim procesima unutar zdravstvenog sektora. Iskustva različitih zemalja ukazuju na potrebu pronalaženja odgovarajućeg odnosa i ravnotežu između privatnog i društvenog zahtjeva za unapređenjem kvaliteta. Proces privatizacije u „zdravstvenim sistemima“ u Bosni i Hercegovini se do sada odvijao sporadično, u okviru pojedinih osiguravajućih društava, te privatnih poliklinika koje pružaju usluge sekundarne zdravstvene zaštite na osnovu ugovora. Ovakvih slučajeva je isuviše malo za ozbiljne analize.

Privatizacija zdravstva u Bosni i Hercegovini za sada uglavnom obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu. Brojni argumenti idu u prilog širenja ovog procesa i na ostale oblasti. Mišljenja stručnjaka u oblasti privatizacije zdravstvenog sektora je da vlade oba bosanskohercegovačka

entiteta moraju uložiti mnogo više vremena u proces nadgledanja procesa ugovaranja između fondova zdravstvenog osiguranja i davatelja zdravstvenih usluga, kao i drugih tržišnih aranžmana. Općeprihvaćeno mišljenje u stručnim krugovima je da tržišni mehanizmi bazirani na profitu i motivaciji mogu biti uvedeni u pojedine segmente sistema zdravstvene zaštite, ali jedino uz državnu kontrolu efekata tih mjera.⁵⁷

Materijalno-tehnička ulaganja države (odnosno njenih entiteta) u obrazovanje i uslove rada bosanskohercegovačkih liječnika je veoma niska, a također veće kapitalne investicije u zdravstveni sektor su iznimno male. Trenutno, postoji mali interes iz privatnog sektora u investiranje u zdravstvo kao nisko-profitabilni sektor, a i zbog izuzetno slabe zakonske uređenosti ove oblasti i nesigurnost ulagača u potencijalni profit. Neophodno je i eksplicitno određivanje podsektora zdravstva koji će proći kroz ovaj proces, a i onih koji se ovaj proces neće nikako doticati. Radi se, prije svega, o mreži javnih bolnica, dijagnostičkim službama u domovima zdravlja, hitnoj pomoći i sl.⁵⁸

Preobrazba zdravstvenog sistema i potencijalna privatizacija u oba bosanskohercegovačka entiteta bi u najboljem slučaju podrazumijevala veliki broj izmjena i dopuna Zakona o (javnom) zdravstvenom osiguranju, te Zakona o zdravstvenoj zaštiti, prvenstveno u domeni definisanja obima i opsega standardne zdravstvene zaštite. Minimalni zagarantovani kriteriji kojima bi se zakonodavci trebali rukovoditi su sigurnost, hitnost, adekvatno vrijeme i geografska dostupnost zdravstvenih usluga građanima. Nadalje, prioritet bi trebalo bit i jačanje uloge pacijenta, kroz određivanje prava i obveza u skladu s europskim pravom, te dostupnost svih relevantnih informacija o zdravstvenom stanju, kvaliteti i cijenu zaštite.

Također, vlade oba bosanskohercegovačka entiteta bi morale u što kraćem vremenskom periodu ozbiljno inicirati uvođenje dobrovoljnog dopunskog zdravstvenog osiguranja. Ovaj model osiguranja donosi poboljšani reciprocitet i doprinosi solidarnosti između zdravih i bolesnih, umjesto solidarnosti između bogatih i siromašnih. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem bi se pokrивao dio troškova do pune cijene koja proizilazi iz zdravstvenog osiguranja, a dodatno zdravstveno osiguranje obuhvaćalo bi određene nadstandardne preventivne i dijagnostičke procedure u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi.

Na kraju, adekvatan odgovor na sva prethodno postavljena pitanja je moguće pronaći u slobodnom pristupu privatne ponude na tržište zdravstva, ali uz efikasne mjere kontrole države u pogledu formiranja cijena.

⁵⁷ B. Hrbač/B. Ljubić, Uloga države i tržišta u zdravstvu, *Hrvatska misao*, 1997.

⁵⁸ Hrbač/Huseinagić (bilj. 37).

Resume

The purpose of this paper is identifying common elements of private financing within the current health care system in both B&H entities – FB&H and RS, as well as indicating the potential approaches towards the privatization of public health institutions. Theoretical part sets out to describe basic models of health system financing in carefully chosen countries in Europe and in the US, with the focus on legislative framework and de lege ferenda solutions. The analytical part scrutinizes the issues revolving around the financing of the current health care system in FB&H and RS, and outlines the potential avenues in the upcoming privatization reform process. This research has thrown up many questions in need of further investigation. Considerably more work will need to be done to determine the best possible model to be used in the B&H health care privatization process.