

2023



FISKALNA ODRŽIVOST SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U BOSNI I HERCEGOVINI

FINALNI IZVJEŠTAJ



Ovu publikaciju je izradio Ekonomski institut Sarajevo u okviru projekta „Jačanje integriteta u procesu kreiranja listi lijekova u BiH“. Pružanjem pomoći institucijama iz oblasti zdravstva u dostizanju standarda integriteta za provođenje kredibilnog i transparentnog procesa kreiranja listi lijekova kao i jačanje uloge udruženja pacijenata te njihovim uključanjem u procese donošenja odluka iz oblasti zdravstva želi se doprinijeti da stanovništvo u Bosni i Hercegovini ima poboljšan pristup efikasnim i sigurnim lijekovima.

Sarajevo, 2023

Ova publikacija objavljena je u okviru projekta „Jačanje integriteta u procesu kreiranja listi lijekova u BiH“ kojeg podržava Vlada Švicarske, kompanija Roche d.o.o. – Roche Ltd. i Udruženja inovativnih proizvođača lijekova u BiH, a sprovodi Net Consulting d.o.o. Sarajevo, u BiH. Sadržaj ove publikacije, kao i nalazi prikazani u njoj, ne odražavaju nužno stavove Vlade Švicarske, kompanije Roche d.o.o. – Roche Ltd. i Udruženja inovativnih proizvođača lijekova u BiH.

AUTORI



Prof. dr Muamer Halilbašić

Profesor na Katedri za ekonomiju – direktor Ekonomskog instituta Sarajevo

Muamer Halilbašić je doktor ekonomskih nauka, redovni profesor na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu i direktor Ekonomskog instituta Sarajevo. U više od 20 godina iskustva, sudjelovao je na preko 70 domaćih i međunarodnih projekata. Član je Microeconomics of Competitiveness (MOC) Network of Institute for Strategy and Competitiveness na Harvard Business School i suosnivač European Competitiveness Chapter. Također je član Asocijacije poslovnih konsultanata u BiH, član ekspertske grupe za makroekonomske statistike i Komisija za javno-privatno partnerstvo i javne investicije Kantona Sarajevo.



Prof. dr Jasmina Selimović

Profesorica na Katedri za finansije – dekanesa Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu

Jasmina Selimović od 2004. godine angažirana je na Ekonomskom fakultetu u Sarajevu, na Katedri za financije i Katedri za kvantitativnu ekonomiju. U SAD-u je pripremala, a na Ekonomskom fakultetu odbranila doktorsku dizertaciju iz oblasti aktuarstva, te stekla zvanje doktora ekonomskih znanosti. Članica je brojnih profesionalnih udruženja u zemlji i inozemstvu. Aktivna je pri svjetskim organizacijama za akreditaciju poslovnih škola i sveučilišta (AACSB i EFMD), a angažirana je i kao međunarodni stručnjak za akreditaciju pri agencijama za kvalitet u zemljama EU. Od 2018. godine obnaša dužnost dekanice Fakulteta.



Prof. dr Mirza Kršo

Profesor na Katedri za finansije

Mirza Kršo je vanredni profesor Finansija na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu (EFSA) i konsultant pri Ekonomskom institutu Sarajevo (EIS). Bio je član više organizacionih odbora međunarodnih konferencija, te uredništava međunarodno indeksiranih žurnala. Predavačko iskustvo i profesionalna usavršavanja je kontinuirano razvijao i ostvarivao na univerzitetima širom EU. Također je predavao na brojnim profesionalnim edukacijama, naročito iz oblasti upravljanja i vrednovanja nekretnina. Član je više profesionalnih asocijacija i jedan od osnivača BiH odjeljka International Fiscal Association (IFA).

SADRŽAJ

| | |
|--|-----------|
| UVODNE NAPOMENE... | 4 |
| 1. OKVIR ZA RAZUMIJEVANJE KONCEPTA ODRŽIVOSTI ZDRAVSTVENIH SISTEMA... | 7 |
| 2. ZDRAVSTVENI SISTEM U BIH... | 19 |
| 1.1. S truktura sistema zdravstvene zaštite... | 19 |
| 1.1.1 Federacija BiH... | 19 |
| 1.1.2 Republika Srpska... | 21 |
| 1.1.3 Brčko distrikt BiH... | 22 |
| 2.2 Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem... | 22 |
| 2.3 Izdaci za zdravstvo... | 24 |
| 2.4 ZZO i finansiranje zdravstva... | 30 |
| 2.5 Struktura zdravstvene potrošnje... | 35 |
| 2.6 Izazovi vezani za kvalitet zdravstvene zaštite... | 37 |
| 3. KAKO OSIGURATI FISKALNU ODRŽIVOST ZDRAVSTVENOG SISTEMA U BIH... | 40 |
| 3.1 Fiskalni prostor za povećanje prihoda zdravstvenog sistema... | 40 |
| 3.1.1 Oslobođanje sredstava po osnovu nižih stopa PDV-a... | 40 |
| 3.1.2 Transparentnost i dostupnost sredstava iz budžeta... | 44 |
| 3.1.3 Prihodi od akciza... | 46 |
| 3.1.4 Usklađivanje osnovica i stopa doprinosa (u FBiH)... | 47 |
| 3.1.5 Povećanje vlastitih prihoda kroz učešće u kliničkim ispitivanjima... | 48 |
| 3.2 Realokacija rashoda i povećanje efikasnosti zdravstva... | 49 |
| 3.2.1 Nivo izdataka... | 49 |
| 3.2.2 Mjerenje performansi i kvalitet zdravstvenog sistema... | 50 |
| 3.2.3 Jačanje prevencije i primarne zdravstvene zaštite... | 54 |
| 3.2.4 Potrošnja lijekova... | 60 |
| 3.2.5 Bolje finansijsko upravljanje, podsticaji za kontrolu i ograničavanje rashoda... | 65 |
| LITERATURA... | 67 |
| PRILOZI... | 69 |
| Prilog 1. Pregled osnovica i stopa dop. za obavezno zdravstveno osiguranje u FBiH... | 69 |
| Prilog 2. Pregled Prihoda u obaveznom zdrav. osiguranju u kantonalnim zavodima... | 70 |

UVODNE NAPOMENE

Zdravstveni sistem, kao jedan od najsloženijih sistema u svim zemljama, obuhvata sve aktere, organizacije, institucije i resurse čija je osnovna svrha da unaprijede zdravlje ljudi. Zdravstvena zaštita u BiH formalno se temelji na načelima solidarnosti, sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, efikasnosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa. BiH je 2008. godine ratificirala Europsku socijalnu povelju prema kojoj se obavezala na uspostavljanje učinkovitog sistema socijalne zaštite, osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja i uspostavljanje dostupnog i efikasnog sistema primarne zdravstvene zaštite stanovništva, sa posebnom pažnjom prema ugroženim grupama stanovništva kao što su beskućnici, ovisnici, nezaposleni, itd.¹

Oblast zdravstva u Bosni i Hercegovini je, prema ustavnim rješenjima, u nadležnosti entiteta (Republika Srpska), podjeljenoj nadležnosti entiteta i kantona (Federacija BiH), odnosno u nadležnosti Brčko Distrikta BiH. U BiH su trenutno na snazi tri Zakona o zdravstvenoj zaštiti i tri Zakona o zdravstvenom osiguranju. Odredbe ovih propisa su uglavnom usklađene, iako postoje dijelovi koji se u određenoj mjeri razlikuju. U Federaciji BiH trenutno postoji Federalno ministarstvo zdravstva i 10 kantonalnih ministarstava zdravstva, te Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH i 10 kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Republika Srpska ima Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite i Fond zdravstvenog osiguranja, a u Brčko Distriktu BiH egzistira Odjel za zdravstvo i ostale usluge pri Vladi Brčko Distrikta BiH, te Fond zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta BiH. Na entitetskom nivou formirane su i agencije za akreditaciju u zdravstvu i to Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH i Agencija za certifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske.²

Očigledna fragmentiranost sistema sa jedne, te različitost zakonskih i podzakonskih propisa u pojedinim dijelovima zemlje sa druge strane, doprinosi različitom tretmanu pacijenata, odnosno situaciji u kojoj stanovnici u jednom dijelu BiH imaju manja ili veća prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja, lakši ili teži pristup zdravstvenim uslugama, te bolji ili lošiji kvalitet tih usluga od stanovnika u drugom dijelu. Upravo je to jedan od razloga zbog kojih je u ovoj oblasti neophodno provesti opsežne reforme koje bi trebale rezultirati eliminiranjem ovih razlika.

¹ Slične obaveze za državu proističu i iz Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda kojom je utvrđeno da svakom čovjeku mora biti omogućeno uživanje prava utvrđenih zakonom, pa tako i prava na zdravstvenu zaštitu, bez diskriminacije na bilo kojoj osnovi kao što je spol, rasa, boja kože, jezik, vjera, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, pripadnost nacionalnoj manjini, imovina, rođenje ili drugi status.

² Od organa na nivou BiH, značajno je izdvojiti Odsjek za zdravstvo pri Ministarstvu civilnih poslova, Agenciju za lijekove i medicinska sredstva, a od propisa koji se primjenjuju u cijeloj BiH najznačajniji je Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima.

Iako se zdravstvena zaštita u BiH formalno temelji na načelima efikasnosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa, evidentno je da mogućnost pristupa zdravstvenim uslugama, kao i njihov kvalitet nisu jednaki na prostoru cijele BiH. O reformi zdravstva u BiH se već godinama govori, kako u stručnim krugovima, tako i u javnosti, a bilo je i određenih reformskih pokušaja.³ I pored toga, stanje u ovoj oblasti se praktično nije mijenjalo od 1997. godine. Sve analize, istraživanja i izvještaji pokazuju da je zdravstvena zaštita na lošem nivou. Karakteristike sistema zdravstvene zaštite, u formi u kojoj on već godinama egzistira, su visoki troškovi, nezadovoljstvo korisnika i finansijska neodrživost.

Sistemi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini već duži period su suočeni sa ozbiljnim izazovima u svome finansiranju. Gotovo po pravilu svake godine rashodi premašuju prihode fondova zdravstvenog osiguranja u oba entiteta i kantonima. Poseban problem predstavljaju akumulirani gubici javnih zdravstvenih ustanova.

Neki od ključnih stakeholdera zdravstvenog sistema već duži niz godina dovode u pitanje održivosti sadašnjeg sistema iz različitih uglova, te najavljuju neophodne promjene:

- Međunarodni monetarni fond kontinuirano kroz Konsultacije po članu IV naglašava "prikrivene" troškove u zdravstvenom sektoru – u formi dugovanja javnih zdravstvenih ustanova, naročito u RS-u – kao jedan od najvažnijih rizika za sistem javnih finansija u BiH.
- Vlada FBiH je kroz Reformsku agendu odavno nagovijestila bitne elemente reorganizacije zdravstva i povezanih fiskalnih reformi (konkretno, umanjivanje doprinosa za zdravstveno osiguranje, uz kompenzaciju kroz druge poreske oblike), što je odgođeno usljed pandemije, ali ostaje generalni kurs reformi u ovoj oblasti. Recentni Zakon o finansijskoj konsolidaciji JZU FBiH, također prihvata činjenicu njihove finansijske neodrživosti i preuzima fiskalni teret njihovog saniranja.
- Privatni sektor, kroz udruženje poslodavaca u Plavoj knjizi radikalno propituje cjelokupan model finansiranja zdravstva, predlažući dijametralno suprotna rješenja. Kantonalne vlade (npr. Vlada KS i Vlada BPK), su kao reakciju već donijele mjere i planove za reorganizaciju zdravstvenog sektora, te kroz njihovo neprovođenje u tekućem izbornom periodu, zapravo potvrdile ozbiljnost stanja i neophodnost njegovog adresiranja.

Ono što na izvjestan način iznenađuje, jeste da je vrlo malo konkretnih prijedloga za unaprjeđenje došlo iz samog zdravstvenog sektora. Ako se neaktivnost javnog zdravstvenog sektora može objasniti povezanošću sa političkom dinamikom, njegov privatni dio i povezane industrije zasigurno mogu i trebaju imati aktivniju ulogu. Posebno je važno iskoristiti momentum u kontekstu pandemije covid-19 u smislu naglašene uloge i važnosti zdravstva i zdravstvenog sektora u cjelini i proaktivno otvoriti dijalog sa vladom i drugim stakeholderima nudeći konstruktivna rješenja.

³ Od svih dosadašnjih reformskih pokušaja, kao najznačajniji, i bar djelimično uspješan može se izdvojiti uspostavljanje sistema porodične medicine koji je uveden na osnovu Projekta osnovne zdravstvene zaštite. Međutim i ovaj sistem trpi velike kritike javnosti, tako da se sa sigurnošću može konstatovati da je prava reforma ove oblasti još uvijek na samom početku i da tek trebaju uslijediti potezi koji će cijeli sistem pokušati dovesti na odgovarajući nivo.

Primarni cilj ovog projekta je sagledati finansijsku održivost sistema javnog zdravstva u (F)BiH po sadašnjem modelu finansiranja, posebno imajući u vidu potrebe, očekivanja i navike stanovništva u pogledu zdravstvenih usluga. Naime, globalni trend je da već duži period očekivanja stanovništva, tražnja i potrebe za zdravstvenim uslugama rastu, prije svega zbog toga što je briga o zdravlju jedan od najvrednijih i najvažnijih oblika lične potrošnje. Pri tome, treba imati u vidu i kontinuirani razvoj medicinske tehnologije koji takođe generira nove potrebe za zdravstvenim uslugama. Kada se govori o navikama, onda se u prvom redu misli na naslijeđe iz ranijeg sistema kada je utvrđen veoma širok spektar usluga u zdravstvu, javno dostupnih, koji nije značajnije umanjen.⁴

Posebno će biti sagledani specifični izazovi zdravstvenog sistema u (F)BiH u kontekstu negativnog prirodnog priraštaja, trenda starenja stanovništva (koje onda ima izraženiju potrebu za korištenjem zdravstvenih usluga, migracija radno sposobnog stanovništva, itd.

Ukupna potrošnja za zdravstvo (javna i privatna) u Bosni i Hercegovini iznosila je gotovo 4 milijarde KM u 2021. godini, sa izraženim trendom rasta na godišnjem nivou (oko 1,5 milijardi u posljednjih deset godina) (BHAS, 2023). Relativno posmatrano, kroz odnos prema BDP-u, izdvajanja za zdravstvo u BiH iznose više od 9% BDP-a, što je iznad većine evropskih zemalja.⁵ S tim u vezi, drugi cilj projekta je analizirati, odnosno dati preporuke na koji način povećati efikasnost korištenja javnih sredstava u sektoru zdravstva (inovacije, sistem zasnovan na vrijednostima, itd.) u Bosni i Hercegovini.

Iako se u Bosni i Hercegovini značajan nivo novostvorene vrijednosti na godišnjem nivou izdvaja za potrebe finansiranja zdravstvenog sistema, posmatrano po stanovniku BiH je sa ukupnom potrošnjom za zdravstvo od 1,396 američkih dolara⁶ bila pri samom dnu evropske ljestvice. Otuda će treći cilj predloženog istraživanja biti procjena načina na koje se mogu povećati raspoloživa sredstava u zdravstvenom sektoru – mogući dodatni izvori finansiranja ili realokacije sredstava u zdravstveni sistem.

⁴ U vrijeme bivše Jugoslavije stanovništvu su bile dostupne sve usluge iz oblasti primarne zdravstvene zaštite, veliki broj specijalističko-konsultativnih dijagnostičkih usluga, bolnička liječenja u zemlji i inostranstvu, boravak u banjskim lječilištima, bolovanja i niz drugih zdravstvenih usluga čiji broj nije bio ograničen. To je na izvjestan način kod stanovništva stvorilo naviku neracionalnog korištenja zdravstvenih usluga.

⁵ U 2020. godini su ova izdvajanja narasla bila na nivou od 9,84% BDP-a.

⁶ Podaci Svjetske banke za 2019. godinu, prema paritetu kupovnih snaga - purchasing power parity (PPP).

1. OKVIR ZA RAZUMIJEVANJE KONCEPTA ODRŽIVOSTI ZDRAVSTVENIH SISTEMA

Razvoj i unaprjeđenje zdravstvenih sistema su predstavljali jedan od najvažnijih elemenata ekonomskog rasta i razvoja razvijenih ekonomija u prethodnom stoljeću. U posljednjih tridesetak godina ekonomije u razvoju ulaze u sličnu putanju kroz poboljšanje javnog zdravlja, produktivnosti i dodane vrijednosti povezanih industrija.

Imajući u vidu impresivne rezultate (gotovo udvostručen životni vijek, prepolovljena stopa smrtnosti novorođenčadi, približno eradicanje bolesti koje preveniraju vakcine i sl.) riječ je o jednoj od najuspješnijih oblasti sa ekonomskog i najšireg društvenog aspekta. S druge strane, sličnom brzinom su se uvećavali i troškovi održavanja i razvoja zdravstvenog sektora. Teret je uglavnom nosio javni sektor koji u razvijenim zemljama uglavnom više nema kapacitet da drži korak sa rastućim troškovima zdravstvenog sektora. Ekonomije u razvoju, u prosjeku imaju značajan fiskalni prostor za njegovo finansiranje u srednjem roku. Međutim, i ekonomije u razvoju, među koje se ubraja i Bosna i Hercegovina, koje još uvijek nisu dostigle nivoe udjela troškova zdravstva u BDP-u i načina finansiranja razvijenijih zemalja, suočavaju se sa ozbiljnim poteškoćama u obezbjeđenju baznih zdravstvenih usluga, te prihvatljivog nivoa kvaliteta i održavanja i takvog sistema zdravstva. Pandemija covid-19 je dodatno usložnila sve dimenzije ionako kompleksnog problema i ubrzala trenutak suočavanja sa posljedicama vođenja zdravstva na auto-pilotu i izbjegavanja teških odluka.

Međutim, čini se da i postojeće, loše rezultate zdravstvenog sektora postaje sve teže za finansirati svim nivoima vlasti u BiH uz postojeći fiskalni okvir. Visoko opterećenje doprinosima uz neadekvatnu kontrolu sive ekonomije predstavlja sve veći teret za funkcionisanje sistema zdravstvenog osiguranja. Fingiranja u statusu (ne)zaposlenosti, smanjene uplate u zajedničke fondove uz akumulirane gubitke zdravstvenih institucija i kontinuirani porast rashoda jednostavno vlade u BiH dovode u neodrživu situaciju. Tome svakako doprinose i nefikasnosti u zdravstvenom sistemu i menadžmentu, nepovoljni demografski trendovi, te nepostojanje adekvatnih nagrada i sankcija za fiskalno i finansijski (ne)odgovorne učesnike.

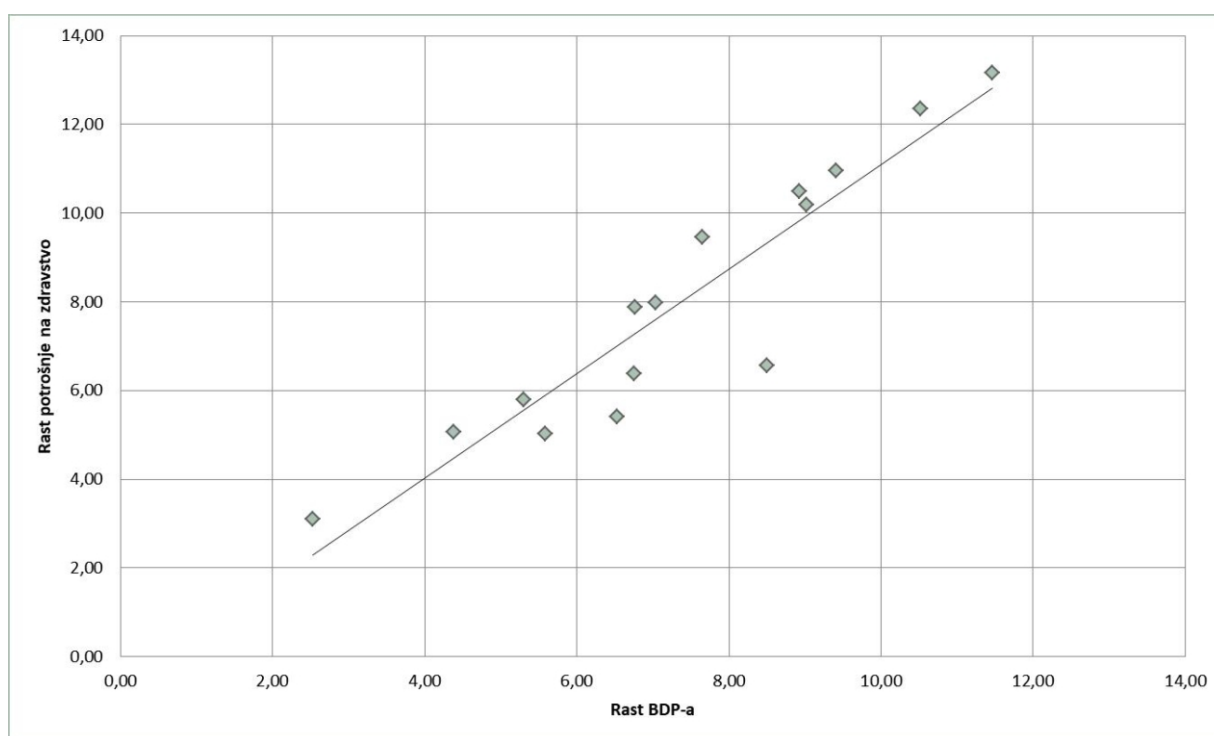
Posljedično, kao što svjedoče i spomenuti podaci o akumuliranim gubicima i dugovanjima zdravstvenih institucija i Zakon o finansijskoj konsolidaciji JZU FBiH, to dovodi u pitanje i fiskalnu poziciju entitetskih vlada i održivost sistema zdravstvene zaštite u BiH, koji uz značajna sredstva proizvodi neuporedivo niži dijapazon zdravstvenih dobara i usluga u odnosu na zemlje sa sličnim nivoom izdataka, te neprihvatljivo nizak nivo njihovog kvaliteta.

Drugim riječima, kontinuiran porast jediničnih troškova i suboptimalnu alokaciju resursa, uz terapijske i tehničke inovacije, te uz postojeći sistem negativnih poticaja, faktori na strani ponude samo dodatno povećavaju pritisak na ukupnu održivost. Kada se tome pridodaju perspektiva i trendovi u industriji i zdravstvu na globalnom nivou (visoke i rastuće stope zdravstvenih troškova), te socio-demografski trendovi globalno (starenje stanovništva, povećana potražnja za zdravstvenim uslugama) i lokalno (migracije stanovništva, smanjenje broja radno sposobnog stanovništva i sl.) dodatno naglašavaju potrebu preispitivanja dosadašnjeg modela vođenja i funkcionisanja zdravstvenog sektora BiH.

Izvjeseo je da se rast rashoda za zdravstvo u dugom roku ne može zaustaviti, ali se sistem finansiranja zdravstva može i mora učiniti učinkovitijim.

Izazovi fiskalne održivosti zdravstva biti će još veći u budućnosti. Poznata je činjenica da rashodi za zdravstvo rastu prosječno brže od BDP-a. Na grafikonu ispod prikazan je odnos prosječne godišnje stope rasta rashoda za zdravstvo i BDP-a u razdoblju od 2000. do 2019. godine u odabranim evropskim zemljama. Možemo vidjeti da su u većini zemalja rashodi za zdravstvo prosječno rasli brže od BDP-a. Izuzetke predstavljaju Albanija, Sjeverna Makedonija, Mađarska i Hrvatska. Za očekivati je kako će se do 2030. godine nastaviti nešto sporiji rast rashoda za zdravstvo u odnosu na povijesni prosjek, ali će taj rast i dalje biti veći od rasta BDP-a (Lorenzoni et al., 2019).

Grafikon 1. Prosječna godišnja stopa rasta rashoda za zdravstvo i BDP-a u odabranim evropskim zemljama u razdoblju 2000.-2019. godine.



Napomena: Podaci za CG se odnose na period 2011-2019. godina

Izvor: Vlastita kalkulacija na bazi podataka Svjetske Zdravstvene Organizacije

Uz podizanje svijesti o ovom problemu, suzbijanje neefikasnosti u zdravstvenom sistemu, te inovativna rješenja za adresiranje relevantnih problema predstavljaju prioritete prvog reda u situaciji u kojoj teško rješivi društveni problemi sa konkurentnim ili čak suprotstavljenim rješenjima (Rittel i Webber, 1973), te rastućim jediničnim troškovima i tražnjom za zdravstvenim uslugama uz sve manje resurse za njihovo zadovoljenje.

Posmatrano striktno sa aspekta ekonomike zdravstva, analiza i unaprjeđenje opisanih problema bi slijedili klasični ekonomski pristup sa fokusom na faktore koji oblikuju ponudu i potražnju (npr. McPake et al., 2020), te specifičnosti različitih tržišnih modela i

struktura unutar kojih treba alocirati zadate resurse. Problem sa takvim pristupom je pozitivizam⁷ na kojem se bazira tako da rezultati do kojih dolazi su često suviše tehničkog karaktera i nedovoljno upotrebljivi u političkom diskursu. Tim više jer je riječ o jednom od najosjetljivijih društvenih pitanja.

Naime, zdravlje je osnovno ljudsko pravo prema Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i UN Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima, ali je ostvarivo samo kroz kvalitetan, pristupačan, efikasan i pravedan zdravstveni sistem.

Prema WHO (2007) zdravstveni sistemi obuhvataju "sve organizacije, ljude i aktivnosti sa primarnom svrhom da unapređuju, obnavljaju i štite zdravlje". Naravno, kako definisati zdravlje, te kako ga u praksi štititi i unaprjeđivati, te na koji način mjeriti i upoređivati rezultate na tom putu, su znatno kompleksnija pitanja bez jednostavnih i jedinstvenih odgovora.

Odatle je pitanje procjene uspješnosti i (ne)održivosti zdravstvenih sistema posebno značajno i zauzima centralno mjesto i u ovom istraživanju.

Tradicionalno, finansijski i fiskalni aspekti dominiraju u evaluacijama održivosti zdravstvenih sistema. Visina troškova svih relevantnih zdravstvenih proizvoda i usluga, te sredstva potrebna za njihovo podmirivanje predstavljaju referentne tačke u tom okviru.

Stoga ćemo se na ovom mjestu referisati na uvriježeni pristup u političkoj ekonomiji u kojem primat imaju pitanja odgovornosti države za isporuku javnih dobara i usluga i njihovo finansiranje, te uloge privatnog sektora u tom procesu.

U tom kontekstu, zdravstvene sisteme je moguće klasifikovati na nebrojeno načina, ali u literaturi dominira kriterij načina finansiranja zdravstvenih potreba. Drugim riječima, potrebno je ekonomski elaborirati dvije osnovne sile na tako definisanom zdravstvenom tržištu, tj. a) način finansiranja i b) zdravstvene potrebe

Prema WHO (2000) finansiranje zdravstva za cilj ima uspostavu adekvatnih finansijskih poticaja svim učesnicima, te prikupljanje i alokaciju neophodnih sredstava kako bi se postiglo da svi građani imaju pristup efektivnom sistemu javnog zdravstva i lične zdravstvene njege. Naravno, modusi za realizaciju ovih ciljeva se razlikuju od društva do društva iako dijele neke zajedničke karakteristike.

Odatle je modele finansiranja zdravstvene zaštite i načine plaćanja pružaoca usluga u zdravstvu moguće konceptualno svrstati u tri široke grupe, odnosno modela zdravstvene zaštite (Pijalović, 2016):

1. Finansiranje putem doprinosa, tzv. "Bizmarkov model";
2. Poresko finansiranje, tzv. "Beveridžov model";
3. Privatno zdravstveno osiguranje, tzv. model "nezavisnih ili suverenih korisnika".

⁷ Znanstveni pristup istraživanju koji ne razmatra etičke obzire i društvene norme već se fokusira isključivo na podatke, te adekvatnost u istraživačkom dizajnu i dosljednosti odgovarajućih metoda.

Finansiranje putem doprinosa počiva na obaveznom sistemu socijalnog i zdravstvenog osiguranja kroz formiranje fondova kreiranih iz finansijskih doprinosa plaćenih iz bruto plaće uposlenih. Uz to država preuzima obavezu pokrivanja doprinosa zdravstvenog osiguranja za nezaposlene.

Finansiranje zdravstvenog sistema kroz poreze, u literaturi još poznato kao Beveridžov model, podrazumijeva da se iz prikupljenih poreza (zemlje se razlikuju prema vrsti poreza, ili nivou vlasti, iz kojih se prikupljaju ova sredstva) finansira zdravstvena potrošnja. Pri tome, podrazumijeva se potpuni obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, te najčešće, državno vlasništvo ili kontrola nad objektima i opremom u zdravstvu (Zrinčak, 2000).

Sistemi bazirani na privatnom zdravstvenom osiguranju, podrazumijevaju dominaciju privatnih osiguravajućih kuća i dobrovoljne uplate korisnika (uz izuzetak Južne Koreje u kojoj je to obavezno). U praksi postoji cijeli niz različitih pristupa i rješenja zasnovanih na ovom modelu i tržišnim principima, ali pritom treba imati na umu da najčešće država mora intervenirati sa vlastitim finansiranjem, barem u određene oblasti (npr. Medicare i Medicaid u SAD) kao dopunu privatnim schemama osiguranja.

Iako izvor finansiranja predstavlja samo jedan aspekt nekog modela zdravstvene zaštite, ovakve podjele se često koriste da bi prenijele značajne političke poruke. Npr., u mnogim bivšim socijalističkim zemljama označavanje reforme kao prelaska na „sistem osiguranja“ korišteno je da prenese poruku o promjeni prethodno hijerarhijski kontrolisanog zdravstvenog sistema od strane države.

Izvor finansiranja, međutim, ne mora da određuje samu organizaciju sektora ili mehanizme alokacije sredstava. Španija predstavlja primjer zemlje koja je napravila veliku promjenu u izvorima finansiranja (od sistema koji je bio primarno finansiran doprinosima za zdravstveno osiguranje na sistem koji se najviše finansira iz opštih poreza), ali nije došlo do konceptualne promjene u odnosu između stanovništva i zdravstvenog sistema (Kutzin, 2008).

Kod većine zemalja EU-a sistem zdravstvene zaštite je baziran na jednom od prvih dva modela (ali se finansiranje nadopunjuje iz drugih izvora – pogledati tabelu ispod). Univerzalno zdravstveno osiguranje je danas obezbijeđeno u većini zemalja Unije, dok je u nekoliko zemalja pokrivenost gotovo univerzalna, npr. Njemačka – 88% kroz javni sistem, a 10% kroz privatno osiguranje, Grčka 95% i Austrija 98% (Thompson, Foubister i Mossialos, 2009).

Može se reći da u većini zemalja postoji određeni miks izvora finansiranja zdravstvene zaštite, ali da većinom sredstava upravlja javni sektor. U nekim zemljama sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem učešće privatnih osiguravajućih fondova (koji plaćaju za zdravstvenu njegu svojih osiguranika) je vrlo visoko, npr. u Holandiji. Samo mali dio finansiranja zdravstvene zaštite u Evropskoj uniji dolazi po modelu direktnog plaćanja pacijenata za uslugu.

Tabela 1. Izdvajanja za zdravstvo prema izvorima finansiranja; struktura; 2019.

| Zemlja | Državne šeme | Šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja | Šeme dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja | Šeme NPISD | Šeme finansiranja preduzeća | Out-of-pocket plaćanja domaćinst. | Ostatak svijeta – nerezidenti |
|---------------------|--------------|--|---|------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| EU | 28.2 | 51.5 | 3.9 | 0.5 | 0.5 | 15.4 | 0.0 |
| Belgija | 22.0 | 54.8 | 5.0 | 0.0 | 0.0 | 18.2 | 0.0 |
| Bugarska | 10.4 | 50.2 | 0.8 | 0.5 | 0.3 | 37.8 | 0.0 |
| Češka | 13.0 | 68.8 | 0.2 | 3.6 | 0.3 | 14.2 | 0.0 |
| Danska | 83.3 | 0.0 | 2.5 | 0.1 | 0.0 | 14.2 | 0.0 |
| Njemačka | 6.5 | 78.1 | 1.4 | 0.9 | 0.4 | 12.7 | 0.0 |
| Estonija | 8.1 | 66.4 | 0.3 | 0.2 | 1.1 | 23.9 | 0.0 |
| Irska | 74.0 | 0.6 | 11.8 | 0.0 | 1.9 | 11.7 | 0.0 |
| Grčka | 28.6 | 31.2 | 4.7 | 0.1 | 0.2 | 35.2 | 0.1 |
| Španija | 66.6 | 4.0 | 7.2 | 0.4 | 0.0 | 21.8 | 0.0 |
| Francuska | 5.5 | 78.2 | 6.4 | 0.0 | 0.6 | 9.3 | 0.0 |
| Hrvatska | 5.2 | 76.7 | 6.6 | 0.0 | 0.0 | 11.5 | 0.0 |
| Italija | 73.8 | 0.2 | 2.1 | 0.2 | 0.5 | 23.3 | 0.0 |
| Kipar | 42.1 | 14.4 | 11.5 | 1.4 | 0.0 | 30.6 | 0.0 |
| Latvija | 60.8 | 0.0 | 3.5 | 0.1 | 0.0 | 35.6 | 0.0 |
| Litvanija | 8.2 | 58.2 | 1.3 | 0.0 | 0.1 | 32.3 | 0.0 |
| Luksemburg | 4.7 | 80.3 | 3.1 | 1.0 | 0.0 | 9.6 | 1.3 |
| Mađarska | 8.6 | 59.8 | 1.7 | 1.2 | 0.6 | 28.2 | 0.0 |
| Malta | 63.5 | 0.0 | 2.2 | 0.0 | 0.0 | 34.3 | 0.0 |
| Nizozemska | 6.5 | 76.2 | 5.3 | 0.0 | 1.5 | 10.6 | 0.0 |
| Austrija | 30.5 | 44.8 | 5.2 | 1.7 | 0.2 | 17.7 | 0.0 |
| Poljska | 9.9 | 61.8 | 6.2 | 1.1 | 0.8 | 20.1 | 0.0 |
| Portugal | 58.6 | 2.4 | 7.7 | 0.1 | 0.8 | 30.5 | 0.0 |
| Rumunija | 15.4 | 65.0 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 18.9 | 0.0 |
| Slovenija | 4.2 | 68.6 | 14.3 | 0.1 | 1.2 | 11.7 | 0.0 |
| Slovačka | 2.4 | 77.4 | 0.0 | 0.9 | 0.2 | 19.2 | 0.0 |
| Finska | 63.9 | 13.9 | 2.0 | 0.4 | 2.3 | 17.5 | 0.0 |
| Švedska | 84.9 | 0.0 | 0.7 | 0.1 | 0.5 | 13.9 | 0.0 |
| Island | 82.9 | 0.0 | 0.0 | 1.7 | 0.0 | 15.5 | 0.0 |
| Lihtenštajn | 17.2 | 47.8 | 12.6 | 0.3 | 0.6 | 21.6 | 0.0 |
| Norveška | 85.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 13.9 | 0.0 |
| Švajcarska | 22.5 | 44.3 | 7.0 | 0.4 | 0.6 | 25.3 | 0.0 |
| Bosna i Hercegovina | 2.5 | 67.7 | 0.4 | 0.1 | 0.0 | 29.4 | 0.0 |

Izvor: Eurostat, 2020.

Participacija pacijenata u finansiranju zdravstvene zaštite postoji u svim zemljama EU-a u većoj ili manjoj mjeri, a osnovni razlog je veća efikasnost u upravljanju troškovima. Primjenjuju se različiti oblici participacije, a najčešći je učešće pacijenata u plaćanju propisanih lijekova u procentualnom ili fiksnom iznosu. Često se pojavljuje i participacija u plaćanju specijalističkih usluga (mnogo rjeđe usluga opšte prakse), dok neke zemlje primjenjuju participaciju u plaćanju bolničkih usluga. U većini zemalja osobe sa niskim prihodima i druge ranjive grupe oslobođene su participacije (Thompson, Foubister i Mossialos, 2009).

Kada govorimo o doprinosima za zdravstveno osiguranje, treba znati i da je veliki broj zemalja EU-a suočen sa procesom starenja stanovništva s obzirom na nisku stopu fertiliteta, što kao direktan rezultat ima smanjenje radno sposobnog stanovništva u odnosu na ukupno stanovništvo. Kako se udio radno sposobnog stanovništva smanjuje, postaje sve teže oslanjati se pretežno na doprinose iz plata za finansiranje troškova zdravstvenog sektora.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, zbog toga postaje kritično da ove zemlje više diversifikuju svoje izvore finansiranja (Kutzin, 2008). Prema podacima Eurostata nijedna zemlja iz EU-a u 2014. godini nije imala učešće doprinosa i svih oblika obaveznog osiguranja, uključujući i obavezne medicinske račune štednje, u ukupnom finansiranju iznad 80%. Najviše učešće ovih izvora je imala Njemačka sa 78,2% i Luksemburg sa 80,3%. Zemlje EU-a koje su se takođe dosta oslanjale na model obaveznog osiguranja su Slovačka (77,4%), Nizozemska (76,2%), ali i Hrvatska (76,7%) i Slovenija (68,6%). Sa druge strane, zemlje koje su finansiranje pretežno obezbjeđivale iz vladinog budžeta su Danska (83,2%), Švedska (84,3%), Italija (73,8%), Irska (74,0%), Španija (66,6%) i Portugal (58,6%).

Plaćanja „iz džepa“ članova domaćinstava imalo je najviše učešće u Bugarskoj (37,8%), Latviji (35,6%), Malti (34,3%) i Litvaniji (32,3%), dok je najniže bilo u Francuskoj (9,3%) i Luxemburgu (9,6%), što ukazuje na nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama (Buzeti et al. 2011). Kao što je već rečeno, osnovna logika je da je nejednakost veća u društvima u kojima plaćanja „iz džepa“ za zdravstvo imaju veće učešće u ukupnoj potrošnji. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je imalo manje učešće. Prednjače Slovenija (14,3%), Lihtenštajn (12,6%) i Irska (11,8%). U šest zemalja dobrovoljne šeme učestvuju sa ispod 1%, u finansiranju troškova zdravstvene zaštite.

Prema tome, može se zaključiti da većina zemalja EU-a koristi određeni „miks model“ finansiranja zdravstvene zaštite, a da dominantni izvor prihoda u svakoj zemlji zavisi od istorijskog naslijeđa i provedenih reformi.

Treba napomenuti da su zemlje EU-a utvrdile zajedničke vrijednosti u pogledu zdravstvene zaštite u formi zaključka Savjeta ministara zdravlja iz 2006. godine, a te vrijednosti su: univerzalnost, pristup zdravstvenoj zaštiti dobrog kvaliteta, jednakost i solidarnost.⁸

⁸ „Zaključci Savjeta o zajedničkim vrijednostima i principima zdravstvenih sistema Evropske unije“, Službeni glasnik Evropske unije C-146, 2006. Ovdje treba napomenuti i da Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima Ujedinjenih nacija navodi zdravstvenu zaštitu kao univerzalno ljudsko pravo.

Prema Evropskoj komisiji, da bi se te vrijednosti postigle i održale, neophodno je, između ostalog, obezbijediti stabilno finansiranje zdravstvenih sistema s obzirom na prisutne izazove: povećanje troškova zdravstvene zaštite, starenje stanovništva u vezi s povećanjem učestalosti hroničnih bolesti i višestrukih oboljenja, što dovodi do sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama, nejednakost u području zdravlja i nejednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.

Stabilno finansiranje omogućava adekvatno planiranje investicija i kontinuitet u zdravstvenoj zaštiti. Zdravstveni sistemi čije je finansiranje bazirano na manje stabilnim izvorima češće su podnosili negativne efekte vanjskih šokova. Na primjer, sistemi koji se uglavnom oslanjaju na doprinose iz plata više su izloženi posljedicama pada zaposlenosti. Evropska komisija smatra da u ovakvim slučajevima rezerve ili druge kontradiktivne formule za transfere iz budžeta mogu pomoći da se stabilizuju raspoloživa sredstva.⁹

Svaki od navedenih sistema ima određene specifičnosti, prednosti i nedostatke za koje postoji iscrpna literatura koja nema jedinstven stav u pogledu jasnih apsolutnih prednosti bilo kojeg od njih per se. Na prvom mjestu je bitno identifikovati ono što društvo želi i smatra prihvatljivim u pogledu ciljeva koje takav sistem treba i može isporučiti, a zatim je moguće izabrati adekvatan modalitet. Svojevrsan konseknus je da univerzalno pokrīće predstavlja sine qua non uslov za moderne zdravstvene sisteme.

Ako je, dakle, trenutni konsenzus da svima treba zadovoljiti sve zdravstvene potrebe, tada je jasno da je pitanje definisanja zdravstvenih potreba esencijalno za razumijevanje potrebe nivoa finansiranja.

Naravno, iz ekonomske perspektive je teško prihvatiti da bi trebalo zadovoljiti sve potrebe. Od pitanja šta uopšte predstavlja potrebu (Culyer 1976), do problematike njihovog mjerenja i vrednovanja, do njihovog redefinisavanja ne kao zdravstvenog problema sa kojima se pojedinac suočava, već u perspektivi vjerovatnoće da se taj problem otkloni ili umanjati potrebnom intervencijom (Matthew 1971). U tom smislu potreba je definisana uslovno, kao kapacitet iskorištavanja date usluge i to ako benefiti premašuju troškove (McPake et al. 2020).

Ako bi se odgovor na ovo pitanje prepustio tržištu tada bi tražnja reflektovala spremnost korisnika da plate za usluge i dobra koja vrednuju kao korisna za zadovoljenje svojih zdravstvenih potreba. Pod pretpostavkom da su adekvatno informisani, korisnici bi mogli biti najbolji poznavaooci svojih potreba i preferencija. S druge strane, odgovor ponude zdravstvenih usluga i dobara bi vrlo jednostavno detektovao njihovu odgovarajuću količinu tako što bi cijenu postavio na nivou marginalnih troškova.

Drugim riječima, cjenovni mehanizam bi bio nejefikasniji način za alokaciju resursa u zdravstvu ka onima koji ih potražuju u skladu sa opadajućom krivom korisnosti koju im pridaju, tako što će posljednja jedinica resursa zdravstvenog sistema biti alocirana na nivou tražnje na kojem je korisnost te jedinice jednaka postavljenoj cijeni.

⁹ Komunikacija Komisije o efektivnim, dostupnim i otpornim zdravstvenim sistemima, Evropska komisija, 2015.

Naravno, ne postoji niti jedan zdravstveni sistem u kojem se pitanje zdravstvenih potreba i njihovog zadovoljavanja prepušta neregulisanom tržišnom mehanizmu. Jedan od jednostavnih zaključaka stoga je da u praksi nema društvenih sistema koji vrednovanje poželjnih ishoda i korisnosti na osnovu individualnih preferencija smatraju prihvatljivim sa aspekta potreba društva kao cjeline iz najmanje tri razloga (McPake et al. 2020):

1. Potrebe imućnijih individua bi imale veći ponder u ukupnoj potražnji u odnosu na potrebe siromašnijih ljudi.
2. Nažalost, ne samo da prosječan korisnik zdravstvenog sistema nije potpuno informisan, već postaje sve teže kontrolisati problem asimetrije informacija između kanona i aksioma javnog zdravstva i prosječnog građanina. Fake informacije, nekontekstualizirane informacije, instrumentaliziranje zdravstvenih istraživanja i podataka u svrhe kampanja različitih interesnih grupa, neetičke marketinške kampanje proizvođača i ponuđača na tržištu i sl. kreiraju ogromne distorzije u racionalnom ponašanju prosječnog čovjeka. Kao rezultat, često se mjere koje nude najviše povrate po investiranoj jedinici vremena i resursa (npr. kolektivna imunizacija) ne vrednuju adekvatno, ili zbog preuveličanih rizika od tretmana ili nuspojave, dok sporedni tretmani mogu biti percipirani sa izuzetno visokim stepenom korisnosti.
3. Javno zdravlje i zdravstvo karakteriše vrlo visok stepen eksternalija. Pojedinci i grupe koje osporavaju jasne benefite kolektivne procjepljenosti pri tome uživaju sve prednosti kolektivnog imuniteta. S druge strane, negativne eksternalije kao npr efekti sekundarnog dima i pušenja još uvijek u BiH nisu zakonski propoznati i ugrađeni u scheme zdravstvenog osiguranja, kao što se ni moralni hazard pušača ne reflektuje na njihovu premiju zdravstvenog osiguranja. To naravno narušava i efikasnost i pravednost u funkcionisanju zdravstvenog sistema sa poremećenim sistemom poticaja njegovim učesnicima. Klasični ekonomski odgovori na ove poremećaje se baziraju na sistemu pigouvskih poreza i transfera ili kompenzacije oštećenima u visini vrijednosti eksternog efekta. Naravno, dostupne su i opcije subvencioniranja za suzbijanje negativnih aktivnosti kako bi se pokušali motivisati pružaoci javnih dobara i usluga da njihovu ponudu održavaju na efikasnom nivou, te da se umanje negativni eksterni efekti primarno kroz sankcionisanje njihovih kreatora.

Kako god definisali zdravstvene potrebe i klasifikovali sisteme njihovog zadovoljavanja, evidentno je da unutar OECD i zemalja u razvoju, ili npr. unutar EU kao geografsko - političkoj odrednici, postoje značajne razlike među vrstama zdravstvenih sistema. Čak i unutar iste grupe zdravstvenih sistema, gotovo da ne postoje dva identična slučaja njihove organizacije. Historijske, kulturološke, ekonomske, tradicijske i druge značajke oblikuju konačna rješenja u praksi.

Stoga se nameće potreba da se fokus prebaci na ciljeve zdravstvenih sistema do kojih zemlje mogu dolaziti različitim putevima uvažavajući svoje specifičnosti.

Kao jedan od mogućih pristupa, Docteur i Oxley (2003) ciljeve zdravstvenih sistema postavljaju kao:

1. Adekvatan pristup zdravstvenim uslugama;
2. Odgovarajući kvalitet zdravstvene njege i ishoda;
3. Makroekonomska efikasnost - alokacija "odgovarajućih" sredstava javnog sektora i resursa ekonomije u cjelini;
4. Mikroekonomska efikasnost - imperativ da resursi budu upotrebljeni na način maksimizacije troškovne efikasnosti i efektivnosti.

Alternativno, Kruk i drugi (2018) predlažu da se zdravstveni sistemi ocjenjuju primarno na osnovu njihovog:

1. Poboljšanja javnog zdravlja i njegove egalitarističke distribucije;
2. Povjerenja korisnika u njihov zdravstveni sistem;
3. Ekonomskim koristima koje donosi društvu u cjelini;
4. Procedurama i procesima zdravstvene njege koji uključuju kompetentnu njegu u skladu sa strukovnim standardima i pozitivno korisničko iskustvo.

Pri tome, postulati za ovako postavljen zdravstveni sistem uključuju: a) stanovništvo u smislu zdravstvenih potreba i potražnje za zdravstvenim dobrima i uslugama, b) ulogu države u efikasnoj administraciji, kreiranju politika, upravljanju sistemom osiguranja i sl., c) platforme za pristup zdravstvenom sistemu, d) radnu snagu u kvantitativnom i kvalitativnom (znanje, vještine, iskustvo...) smislu i e) logistika (oprema, lijekovi, big data i sl.).

Osnovna vrijednost u kombinaciji ova dva pristupa jeste u tome što naglašavaju da (pr)ocjena održivosti zdravstvenog sistema nije linearan poduhvat koji niti može niti treba rezultirati binarnom ocjenom. Nema jednostavnog niti samo jednog pokazatelja koji bi služio toj svrsi. Zapravo je neophodno redefinisati koncept zdravstvenog sistema, njegove željene ishode i ključne učesnike.

Kako u konačnici isporuka svih javnih dobara i usluga ima protutežu u rashodovnim budžetskim pozicijama, neophodno je definisati i fiskalnu održivost zdravstvenog sistema. Sam koncept fiskalne održivosti u bilo kojem njenom (pod)obliku u principu uključuje dinamički ekvilibrij koji ne zahtjeva promjene ili intervencije u fiskalnoj politici (npr. Collignon, 2012).

Evropska komisija (2018) na gotovo identičan način definiše fiskalnu održivost, kao sposobnost održavanja postojećih fiskalnih politika bez potrebe podizanja udjela javnog duga u BDP-u.

To praktično znači da sve dok sadašnja vrijednost budućih rashoda može biti pokrivena budućim relevantnim primarnim suficitima, fiskalna pozicija po ovom osnovu je održiva. U akademskom smislu, ovako postavljen koncept sadašnje vrijednosti intertemporalnog budžetskog ograničenja uz paralelan uslov da očekivana sadašnja vrijednost budućih izdataka za zdravstvo mora u dugom roku biti jednaka nuli čime se uvodi uslov transversalnosti (Bohn, 1995). Samo na taj način su svi ekonomski agenti koji učestvuju u sistemu onemogućeni u poduzimanju negativnih akcija iz spektra Ponzijevih schema¹⁰, jedni protiv drugih.

Odatle je jasno da sve dok vlada ne mora korigovati svoju fiskalnu politiku (npr. novim zaduživanjima da bi se pokrili dospjeli rashodi zdravstvenog sektora), zdravstveni sistem se smatra fiskalno održivim. Pri tome je također bitno razdvojiti komponente solventnosti i likvidnosti fiskalne održivosti zdravstvenog sistema po ovom osnovu. Dok god vlada poštuje intertemporalno budžetsko ograničenje, kriterij solventnosti je u principu zadovoljen. S druge strane, likvidnost biva svakodnevno testirana i u konačnici problemi sa likvidnosti mogu ugroziti i solventnost, što dodatno usložnjava evaluaciju fiskalne održivosti zdravstvenog sistema.

¹⁰ Tzv. No Ponzi scheme game condition Buiter (1985).

Iako će u nastavku biti detaljnije izloženi osnovni izazovi sa kojima se zdravstveni sistemi globalno suočavaju na ovom mjestu ćemo samo iznijeti osnovne izazove ovako definisane fiskalne održivosti zdravstvenih sistema EU, prema Popescu et al. (2018)

1. Demografski problemi sve starije populacije, odnosno povezana hronični zdravstveni problemi i posljedični fiskalni pritisak;
2. Medicinsko osoblje i institucije su nejednako raspoređeni geografski i unutar struke;
3. Troškovi inovativnih tehnologija i lijekova kontinuirano rastu što kreira dodatni pritisak na javne finansije;
4. Pristup zdravstvenoj zaštiti i njezi nije adekvatan niti jednako raspoređen što dovodi do suboptimalnih zdravstvenih ishoda i nejednakosti u društvu.

Okvir 1: Rastući troškovi zdravstvene zaštite

U proteklim desetljećima globalno posmatrano primjećuju se značajne demografske promjene koje mijenjaju okruženje za pružanje usluga zdravstvene zaštite. Očekivani životni vijek se povećava, kao i učešće starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Posljedično, smanjuje se potražnja za uslugama zdravstvene zaštite za djecu i liječenjem zaraznih bolesti, a raste prevalencija nezaraznih bolesti, kao i potražnja za uslugama zdravstvene zaštite za hronične bolesnike i dugotrajnom njegom. Povećana prevalencija nezdrave prehrane i sjedilačkog načina života pridonose vrlo brzom porastu faktora rizika za nezarazne bolesti u stanovništvu. Prognoza je da će prevalencija dijabetesa u europskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije porasti sa 66 milijona 2016. na 81 milijun 2045. U mnogim europskim zemljama raste i incidencija karcinoma debelog crijeva, dojke i jetre.

Rastući troškovi zdravstvene zaštite, koji premašuju stope privrednog rasta, glavni su izazov većini zdravstvenih sistema u zemljama širom svijeta. Bez proaktivnih mjera prognoza je da će udio troškova zdravstvene zaštite u ukupnoj javnoj potrošnji nastaviti rasti. U pravilu, više stope rasta troškova zdravstva bilježe zemlje nižeg nivoa dohotka. Ovo se dijelom može pripisati posebnim politikama koje se uvode u cilju unaprjeđenja dostupnosti i povećanja izdataka za zdravstvo na nivo usporediv s onim u razvijenim zemljama.

Bitno je istaći da se, na agregiranom nivou, rast bilježi u svim stavkama izdataka za zdravstvo - izdaci za dugotrajnu njegu i ambulantnu zdravstvenu zaštitu, izdaci za lijekove i bolničko liječenje, itd.

Rezultati empirijskih istraživanja sugeriraju da veći izdaci za zdravstvo ne dovode uvijek do boljih zdravstvenih ishoda. Izdaci za zdravstvo i očekivani životni vijek u pozitivnom su odnosu samo do iznosa od 3000 USD po stanovniku. Iznad ovog iznosa odnos između izdataka za zdravstvo i porasta očekivanog životnog vijeka počinje opadati. Dokazi o odnosu između izdataka za zdravstvo i drugih „finijih“ vrsta zdravstvenih ishoda, kao što su kvalitet života ili iskustva pacijenata, su ograničeni.

Tri su opšta faktora rastućih izdataka za zdravstvo u razvijenim zemljama: demografske promjene, dohodak i štednja. Međutim, u literaturi još nisu utvrđeni tačni učinci svakod od tih faktora na rast izdataka za zdravstvo.

Često se navodi da je starenje stanovništva jedan od ključnih pokretača rastućih izdataka za zdravstvo. Starije su osobe izložene većem riziku od hroničnih bolesti, a zbrinjavanje tih bolesti je skupo. Međutim, empirijske studije pokazuju da uticaj starenja na izdatke za zdravstvo nije toliko velik kao što se očekivalo. Na agregiranom nivou, oko 10 posto rasta izdataka u zemljama OECD-a može se pripisati demografskim promjenama. Novi se obrasci bolesti često navode kao ključni faktori rasta. Prelaz sa akutnih zaraznih bolesti na hronične nezarazne bolesti zahtijeva kontinuirano i skuplje liječenje, što fiskalno opterećuje sisteme zdravstvene zaštite. Međutim, nakon provjere demografskih uticaja, broja usluga i praksi liječenja, pokazalo se da prelaz na nezarazne bolesti ima minimalan opšti utjecaj na porast izdataka.

S porastom dohotka očekuje se porast potražnje za zdravstvenom zaštitom, što će dovesti do većih agregiranih izdataka za zdravstvo. Do 40 posto rasta izdataka za zdravstvo u zemljama OECD-a može se pripisati rastu dohotka. Međutim, provedena istraživanja ukazuju da je teško procijeniti tačan uticaj dohotka na izdatke za zdravstvo zbog varijabilnih procjena elastičnosti, metodoloških pristupa, početnih pretpostavki i nacionalnog konteksta.

Treći faktor, štednja, uključuje napredak tehnologije, medicinsku inflaciju i zdravstvene politike za proširenje prava ili pokrivenosti u zdravstvu. Mnoge studije pokazuju da su razvoj, usvajanje i širenje nove zdravstvene tehnologije osnovne odrednice rasta izdataka. Procjena je da se od 25 posto do 50 posto rasta izdataka za zdravstvo može pripisati tehnološkom napretku, a veći dio ambulantnom liječenju i lijekovima.

Konačno, neke vladine politike i prioriteti mogu dovesti do povećanja izdataka za zdravstvo. U literaturi je primijećeno da su proširenje seta usluga i prava iz zdravstvenog osiguranja važni pokretači izdataka za zdravstvo. Izdaci za zdravstvo zbog proširenja prava iz zdravstvenog osiguranja ili podrške povećavaju se na dva načina: (a) zdravstveno osiguranje mijenja način rada pružatelja zdravstvene zaštite i (b) imaju učinak prelijevanja, što znači da promjene statusa osiguranika u jednoj skupini pacijenata mogu uticati na liječenje drugih pacijenata.

Već smo konstatovali da postojeći izdaci za zdravstvo od gotovo 9% BDP-a od čega je 70% finansirano javnim sredstvima približno odgovaraju standardima uporedivih zemalja.¹¹ Međutim, odgovor na pitanje da li je moguće ove izdatke, recimo, udvostručiti, ili prepoloviti može dati samo Vlada kao odgovor na zahtjeve društva u pogledu očekivanog nivoa zdravstvene njege i svih drugih javnih dobara i usluga koje stanovništvo potražuje. Dakle, trade off je neminovan, ali na štetu kojeg sektora bi išli uvećani izdaci za zdravstvo, to je naprosto nemoguće racionalno analizirati ili preporučivati od strane ekonomista. Naravno, dio svih, pa i zdravstvenih izdataka će biti finansiran i potencijalnim ekonomskim rastom što je već ugrađeno u kalkulaciju intertemporalnog budžetskog ograničenja.

¹¹ Ne zaboravljajući da dubljom analizom je evidentno da iako vrlo značajna, ova sredstva nisu dovoljna za servisiranje postavljenih ciljeva u zdravstvenom sektoru.

Upravo zbog svega navedenog, mnogo uputnijim se nameće fokus staviti na četvrtu dimenziju u Docteur i Oxley (2003) pristupu, tj na adekvatno mjerenje performansi sistema i mikroekonomski pristup održivosti različitih segmenata zdravstvenog sistema.

Ono što nam se čini potpuno evidentnim iz relevantne literature i iskustava uporedivih zemalja, te BiH iskustava u funkcionisanju i reformama zdravstvenog sistema, jeste da nema previše smisla ni uporišta prosto pokušavati poboljšavati postojeći sistem. Više resursa, bolja organizacija, administracija i sl. Teško mogu dati željene rezultate jer su se društvo i sve relevantne paradigme nepovratno promijenile u decenijama od uspostave prvih organizovanih zdravstvenih sistema.

Michael Porter je 2010 dao prijedlog da zdravstveni sistemi fundamentalno trebaju biti odgovorni za kreiranje vrijednosti koje će biti definisane od strane korisnika. To otvara i pitanje vremena. Korisnici ne mogu priuštiti da reformu čekaju narednih pet decenija, već rezultate moraju vidjeti najkasnije u rasponu od 5 - 7 godina. Stoga se postojeći pristup čini teško održivim jer su ga njegovi korisnici i ostali učesnici prevazišli širom svijeta i u BiH.

Prikazi podataka, trendova i analize koje slijede u nastavku samo podcrtavaju ovu konstataciju, argumentirajući neporecivo i otvaraju prostor za razmišljanje o alternativama i inovativnim pristupima koji mogu prevazići današnja ograničenja.

2. ZDRAVSTVENI SISTEM U BiH

1.1 STRUKTURA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Kompleksno ustavno uređenje BiH, u kombinaciji sa činjenicom da je oblast zdravstvene zaštite u nadležnosti nižih nivoa valsti, rezultiralo je izrazito fragmentiranim sistemom sa 14 ministarstava/odjeljenja za zdravstvo, tri različita zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju i 13 fondova zdravstvenog osiguranja (2 entitetska, 1 na nivou distrikta i 10 kantonalnih u Federaciji BiH).¹² U uslovima decentralizovanih i fragmentiranih struktura upravljanja zdravstvom i sa velikim brojem uključenih donosilaca odluka, formuliranje zdravstvene politike pokazalo se vrlo izazovnim (Svjetska banka, 2019b). Dodano, ograničena međuvladina saradnja i koordinacija, nedostatak konsenzusa, predstavljaju pravi izazov za efikasnu reformu i implementaciju politika.

Prisustvo višestrukih struktura i loše planiranih usluga, uveliko komplikuje način na koji se pružaju usluge zdravstvene zaštite, povećava troškove upravljanja i koordinacije te nepovoljno utiče na racionalnost poslovanja zdravstvenih ustanova, prvenstveno kroz prizmu neiskorištenih mogućnosti ekonomije obima. Usmjerenost zdravstvenog sistema na osobu je u velikoj mjeri nedovoljno razvijena. Pacijenti često imaju ograničen izbor pružatelja usluga i stoga ne mogu "glasati nogama" (Svjetska banka, 2019b, 2020).

Imajući u vidu činjenicu da je sistem zdravstvene zaštite na različite načine organizovan u dva entiteta i distriktu, u nastavku teksta dat je pregled strukture sistema zdravstvene zaštite posebno za Federaciju BiH, Republiku Srpsku i Brčko distrikt.

1.1.1 Federacija BiH

Dva su temeljna zakona koja regulišu oblast zdravstvene zaštite u Federaciji BiH – Zakon o zdravstvenom osiguranju¹³ i Zakon o zdravstvenoj zaštiti.¹⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti uređuje načela, način organizacije i provedbe zdravstvene zaštite, dok Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja koje se zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti građana. U skladu sa Ustavom FBiH i relevantnim zakonskim okvirom, sistem zdravstva u FBiH je decentralizovan i većina nadležnosti i odgovornosti dodijeljena je kantonima.

Kao što se na Grafikonu 1 može vidjeti, sektor zdravstva u FBiH čini mreža od čak 11 ministarstava zdravstva (10 kantonalnih i jedno federalno), 11 zavoda za zdravstveno osiguranje (10 kantonalnih i Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja) i 11 zavoda za javno zdravstvo. Regulatornim okvirom je utvrđeno da se zdravstvena zaštita u Federaciji BiH provodi po načelima solidarnosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa (bez obzira na starost, pol, vjersku i etničku pripadnost), a zdravstvene usluge se pružaju na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou.

¹² Može se slobodno kazati da zdravstveni sistem u BiH funkcioniра kroz formu 13 različitih podsistema.

¹³ Službene novine Federacije BiH, br. 30/97, 7/02, 70/08 I 48/11.

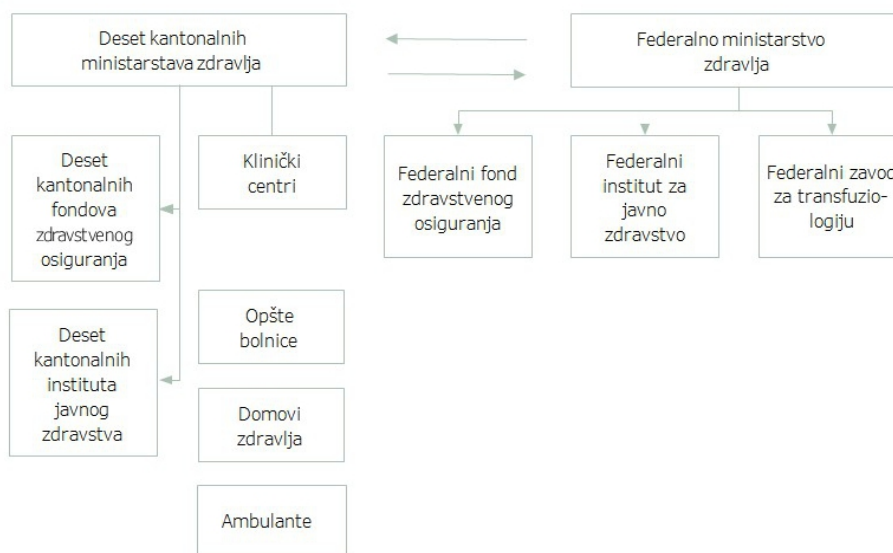
¹⁴ Službene novine Federacije BiH, br. 46/10 i 75/13.

Nadležnosti federalnog nivoa vlasti odnose se na utvrđivanje politike i donošenje zakona, dok kantonalne vlasti provode zakone i utvrđuju, odnosno usklađuju zdravstvenu politiku kantona sa politikom na nivou Federacije BiH. Treba, međutim, napomenuti da se u praksi ipak dešava da se na kantonalnom nivou ne provode federalne politike i zakoni iz područja zdravstva o čemu će više riječi biti u narednim poglavljima.

Kada je u pitanju finansiranje zdravstvene zaštite, ona se dominantno finansira iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, i to doprinosa za zdravstveno osiguranje iz plate, iz doprinosa na plate koje plaća poslodavac, doprinosa za zdravstveno osiguranje koji plaćaju korisnici penzija, doprinosa poljoprivrednika, za nezaposlene i druge kategorije.

Pri tome svaki kanton ima svoj zavod zdravstvenog osiguranja koji je odgovoran za finansiranje zdravstvenih usluga na nivou tog kantona. Iako su zakonskom regulativom predviđeni i drugi oblici finansiranja (budžet kantona, Federacije, donacije, prihodi zdravstvenih ustanova, participacije itd.), finansiranje iz doprinosa uglavnom je osnovni izvor prihoda zdravstva.

Grafikon 2. Grafički prikaz strukture sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH



Pokrivenost zdravstvenom zaštitom u Federaciji BiH iznosi 87%. U ovom entitetu djeca mlađa od 18 godina bez osiguranja imaju pravo na sve zdravstvene beneficije. Odrasle osobe bez osiguranja imaju pravo na niz definisanih usluga, Grafikon 2. Grafički prikaz strukture sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH uključujući hitnu pomoć, njegu tokom trudnoće, liječenje teških mentalnih bolesti, hroničnih bolesti itd.

Iako su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti garantirana jednaka prava na zdravstvenu zaštitu svim osiguranim osobama u Federaciji BiH, prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proističu iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja su neujednačena po kantonima.¹⁵

¹⁵ Federacija BiH je utvrdila minimalni paket usluga koji se mora obezbijediti u svim kantonima, pored liste složenih usluga i skupih lijekova koje će finansirati Federalni fond zdravstvenog osiguranja i reosiguranja. Međutim, nivo beneficija varira među kantonima, jer mogu ponuditi dodatne usluge ili u slučaju da ne osiguravaju minimalni paket usluga. Štoviše, naknade korisnika koje se primjenjuju na određene usluge i njihova izuzeća razlikuju se od kantona do kantona (Voncina et al., 2022b).

1.1.2 Republika Srpska

Za razliku od organizacione strukture u Federaciji BiH, sistem zdravstva u Republici Srpskoj je centralizovan, sa ključnim ovlaštenjima koja imaju Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS-a, Institut za javno zdravstvo i Fond zdravstvenog osiguranja. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite, kao centralna institucija sistema, vrši koordinaciju aktivnosti u zdravstvu, kreira poslovne politike i razvojne strategije, planira i koordinira rad mreže zdravstvenih ustanova itd. Pored Ministarstva u okviru sistema djeluju i druge institucije kao što su Institut za zaštitu zdravlja RS-a (obavlja istraživanja i obrazovanje u polju javnog zdravstva, promocije zdravlja i praćenja zdravstvenog stanja stanovništva), Fond zdravstvenog osiguranja RS-a te brojne zdravstvene ustanove koje pružaju usluge primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. U registar zdravstvenih ustanova Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS-a trenutno su upisane 364 registrovane zdravstvene ustanove.

Kada je u pitanju finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj, slično kao i u Federaciji BiH, doprinosi za zdravstveno osiguranje predstavljaju ključni izvor prihoda Fonda, uključujući doprinose za zdravstveno osiguranje iz plate, doprinose za zdravstveno osiguranje koje plaćaju korisnici penzija, doprinose poljoprivrednika, za nezaposlene i druge kategorije.

Grafikon 3. Grafički prikaz strukture sistema zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj



U Republici Srpskoj oko petine stanovništva nije bilo obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem u 2020. godini, iako sva neosigurana lica mogu podnijeti zahtjev za zdravstveno osiguranje koje plaća Republika Srpska. Neosigurani ljudi imaju pravo samo na hitnu pomoć, ali oni sa specifičnim zdravstvenim stanjima (npr. rak, dijabetes, epilepsija, itd.) imaju pravo na sve zdravstvene beneficije (Voncina et al., 2022a).

Kao i u FBiH, raspon usluga obuhvaćenih paketima beneficija je prilično sveobuhvatan, pokrivajući primarnu zaštitu, specijaliziranu ambulantnu njegu i bolničke usluge i lijekove. Navedene su usluge koje nisu pokrivene zdravstvenim osiguranjem u oba entiteta. U Republici Srpskoj paket beneficija je definisan ugovaranjem usluga sa pružiocima. Participacija je definisana zdravstvenim osiguranjem.

1.1.3 Brčko distrikt BiH

U skladu sa Statutom Brčko distrikta BiH i Zakonom o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta, sprovođenje zakona i propisa nadležnih tijela institucija BiH i Distrikta iz oblasti zdravstva i ostalih usluga su pod nadzorom i uputstvima gradonačelnika. U skladu s tim djeluje Odjeljenje za zdravstvo koje obavlja stručne, administrativne i ostale dužnosti iz nadležnosti Vlade, a koje se odnose na zdravstveni sektor tog područja. Zdravstvena zaštita je organizovana u okviru niza zdravstvenih ustanova koje pružaju primarni, sekundarni i djelimično tercijarni nivou usluga korisnicima (Opšta bolnica Brčko, Zdravstveni centar Brčko, Zdravstveni centar Bijela, Zdravstveni centar Maoča, Centar za mentalno zdravlje itd.).

Finansiranje zdravstvene zaštite u Brčko distriktu vrši se putem Fonda zdravstvenog osiguranja, kao i u entitetima, prije svega iz doprinosa koji se uplaćuju za zaposlene, nezaposlene, penzionere, samozaposlene, poljoprivrednike itd. Skupština Brčko distrikta na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja donosi Odluku o osnovici i stopi doprinosa za zdravstveno osiguranje.¹⁶

2.2. POKRIVENOST ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

U oba entiteta zakoni o zdravstvenom osiguranju prepoznaju lica koja su obavezna da plaćaju doprinose i koja pripadaju grupi obavezno osiguranih lica. Osiguranici su podijeljeni u nekoliko kategorija u zavisnosti od toga na čije ime se uplaćuje doprinos za zdravstveno osiguranje i koji nivo osiguranja je pokriven. Shodno tome, pored lica koja uplaćuju zdravstveno osiguranje na svoje ime i koja su direktno osigurana, postoji i kategorija lica koja su osigurana iako se na njihovo ime ne uplaćuje osiguranje¹⁷ (članovi porodice osiguranika), lica koja su osigurana samo za slučaj profesionalne bolesti i povrede na radu te strani državljani koji su osigurani po osnovu potpisanih međudržavnih sporazuma. Državljanima BiH pravo na zdravstvenu zaštitu dokazuju ovjerenom zdravstvenom knjižicom. Zdravstvena knjižica se, u pravilu, ovjerava barem jednom mjesečno u poslovnicu nadležnog fonda zdravstvenog osiguranja, s tim da se za određene kategorije poput djece i zemljoradnika ovjeravanje zdravstvene knjižice vrši tromjesečno. U oba entiteta vlastito zdravstveno osiguranje za djecu stariju od 15 godina koja ne nastavljaju školovanje dobija se prijavom na Zavod za zapošljavanje. Nezaposlene osobe pravo na zdravstveno osiguranje ostvaruju prijavom na biro / zavode za zapošljavanje.

Bez obzira na to što je udio stanovništva koji je pokriven zdravstvenim osiguranjem relativno visok, način na koji se ostvaruje pravo na javno dostupne zdravstvene usluge ipak dovodi do isključivanja određenih grupa iz sistema zaštite, samim tim i do diskriminacije.¹⁸ U praksi je više od 15% stanovništva u BiH izvan sistema javne zdravstvene zaštite i nije pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Procenat pokrivenosti javnim zdravstvenim osiguranjem je niži u Republici Srpskoj (oko 78%) u poređenju sa Federacijom BiH (oko 87%). Razlozi se mogu tražiti u nešto većem udjelu stanovništva koje se bavi poljoprivredom a koje često nije uključeno u sistem javne zdravstvene zaštite po osnovu uplate obaveznih doprinosa.

¹⁶ Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, broj 37/2009.

¹⁷ Ova lica su osigurana preko osiguranika, odnosno nosilaca osiguranja i za njih se ne uplaćuje doprinos za zdravstveno osiguranje.

¹⁸ Najčešće su to radnici kojima nije „uvezan“ radni staž, samozaposleni radnici koji za sebe ne uplaćuju doprinose, poljoprivrednici koji ne uplaćuju doprinos za zdravstveno osiguranje, nezaposleni koji su propustili rok da obnove prijavu na biro za zapošljavanje i sl.

Tabela 2. Prikaz pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem u FBiH i RS-u; %

| | 2010. | 2011. | 2012. | 2013. ¹⁹ | 2014. | 2015. | 2016. | 2017. | 2018. | 2019. | 2020. |
|------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| FBiH | 84,6 | 85,6 | 86,5 | 86,5 | 86,4 | 85,9 | 90,6 | 89,7 | 88,9 | 87,8 | 86,9 |
| RS* | 66,1 | 69,5 | 68,7 | 77,8 | 77,7 | 77,7 | - | - | - | - | - |

* Podaci nisu dostupni od 2016. godine

Izvor: Entitetski zavodi za zdravstveno osiguranje

Ono što se još može uočiti ako se detaljnije analiziraju podaci o pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, jesu značajne razlike u pogledu obuhvata zdravstvenim osiguranjem po kantonima u Federaciji BiH. Primjetno je da je najveći obuhvat zdravstvenim osiguranjem u Kantonu Sarajevo i Bosansko-podrinjskom kantonu (preko 100%) dok je, primjera radi, u Kantonu 10 obuhvat ispod 57%.

Tabela 3. Prikaz pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem u FBiH – po kantonima

| | 2011. | 2013. | 2015. | 2018. | 2020. |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| UNSKO-SANSKI KANTON | 73.2 | 73.9 | 72.1 | 71.6 | 67.7 |
| POSAVSKI KANTON | 79.1 | 76.6 | 75.4 | 63.2 | 62.0 |
| TUZLANSKI KANTON | 87.8 | 89.7 | 88.1 | 95.3 | 91.5 |
| ZENIČKO-DOBOJSKI KANTON | 86.2 | 86.9 | 85.9 | 93.9 | 92.3 |
| BOSANSKO-PODRINJSKI KANTON | 78.2 | 80.8 | 78.6 | 102.5 | 109.3 |
| SREDNJOBOSANSKI KANTON | 85.3 | 85.4 | 85.7 | 84.1 | 82.3 |
| HERCEGOVAČKO-NERETVANSKI KANTON | 84.2 | 85.2 | 86.6 | 85.1 | 83.8 |
| ZAPADNOHERCEGOVAČKI KANTON | 92 | 97.3 | 96.5 | 86.8 | 87.3 |
| KANTON SARAJEVO | 94.4 | 95.0 | 95.6 | 102.0 | 100.5 |
| KANTON 10 | 66.7 | 63.8 | 63.7 | 57.3 | 56.2 |
| UKUPNO | 85.5 | 86.4 | 85.9 | 88.9 | 86.8 |

Izvor: Federalni zavod za zdravstveno osiguranje

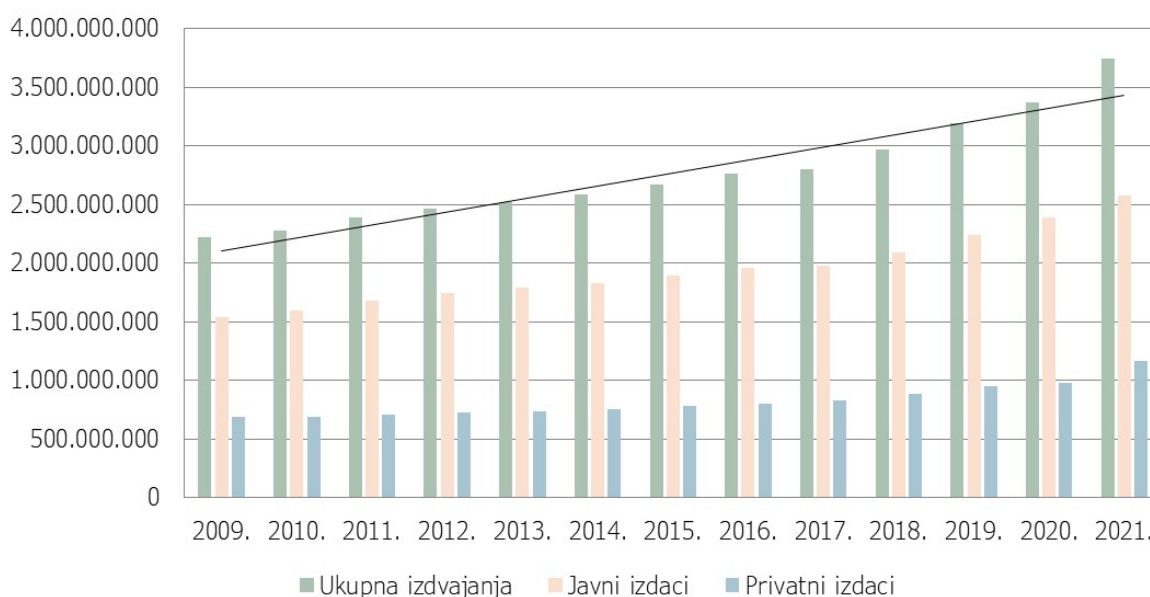
Imajući u vidu da sistem zdravstvene zaštite u oba entiteta počiva na principima jednakopravnosti, značajne razlike u obuhvatu zdravstvenim osiguranjem između entiteta i kantona ukazuje na rizik diskriminacije pojedinih kategorija stanovništva (stanovništvo u ruralnim područjima, siromašni, Romi, neobrazovani itd.). Ovdje treba naglasiti da je dio populacije koji ne može dobiti javno finansiranu zdravstvenu zaštitu predviđenu zakonom prinuđen da traži zdravstvenu zaštitu u privatnom sektoru, što je dodatno a često i veoma značajno opterećenje za njihov budžet.

¹⁹ Povećanja procenta obuhvata u RS-u od 2013. godine je dominantno rezultiralo promjene u načinu obračuna pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem. Naime, za 2013. godinu objavljeni su preliminarni rezultati popisa stanovništva koji su bili nešto niži u Republici Srpskoj u odnosu na procjenu broja stanovništva koja se koristila do tog perioda.

2.3. IZDACI ZA ZDRAVSTVO

Prema podacima iz Nacionalnih zdravstvenih računa koje kompilira Agencija za statistiku BiH, ukupna potrošnja za zdravstvo u Bosni i Hercegovini u 2021. godini iznosila je 3,74 milijarde KM. Od toga su javni izdaci iznosili 2,58 milijarde i 244 miliona KM ili 68,9%, a privatni 1,16 milijardi KM ili 31,0%. Takođe se može primijetiti izražen trend rasta ukupne potrošnje za zdravstvo koja je samo u periodu od 2011. do 2021. godine povećala za 1,35 milijardi KM ili 56,5%. Istovremeno sa rastom ukupnih izdvajanja proporcionalno su rasli javni i privatni izdaci, s tim da su se privatni izdaci za zdravstvo povećali sa 708 miliona KM u 2011. na 1,16 milijardi KM u 2021. godini – porast od 63,7%.

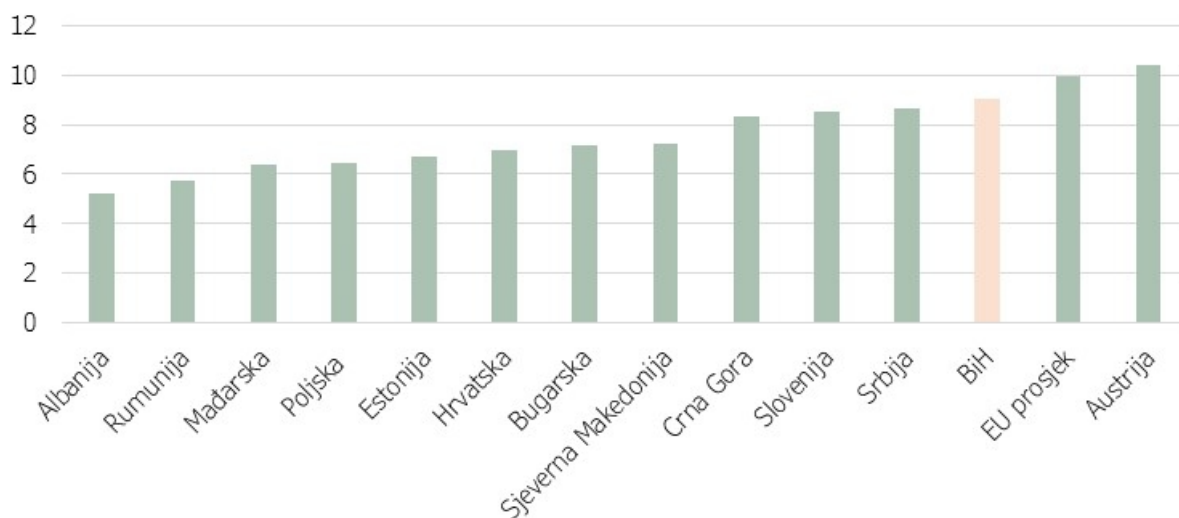
Grafikon 4. Pregled ukupne potrošnje u zdravstvu BiH



Izvor: Nacionalni zdravstveni računi BiH (2023)

Ako se ukupna izdvajanja za zdravstvo stave u međunarodni kontekst, posmatrano kroz odnos prema BDP-u, takođe se može vidjeti da su izdvajanja za zdravstvo u BiH relativno visoka s obzirom na to da BiH izdvaja više od 9% svog BDP-a za zdravstvo, što je iznad mnogih evropskih zemalja, posebno novih zemalja članica (Grafikon 4 ispod)). Evropske države koje izdvajaju više 10% svog BDP-a su u principu iz kategorije visoko razvijenih zemalja: Švajcarska, Švedska, Francuska, Njemačka, Holandija, Belgija. Nasuprot njima, ukupna potrošnja za zdravstvo iznosila je manje od 7% BDP-a u Hrvatskoj, Estoniji, Poljskoj, Mađarskoj, Rumuniji. Prosjek za zemlje članice Evropske Unije je 9,9% u 2019. Zemlje regije u imaju izdvajanja za zdravstvo niža od BiH. U regiji su najniža izdvajanja u Albaniji (5,2%), a najviđa u Srbiji (8,6%) (pogledati Grafikon 4).

Grafikon 5. Ukupna izdvajanja za zdravstvo kao procenat BDP-a

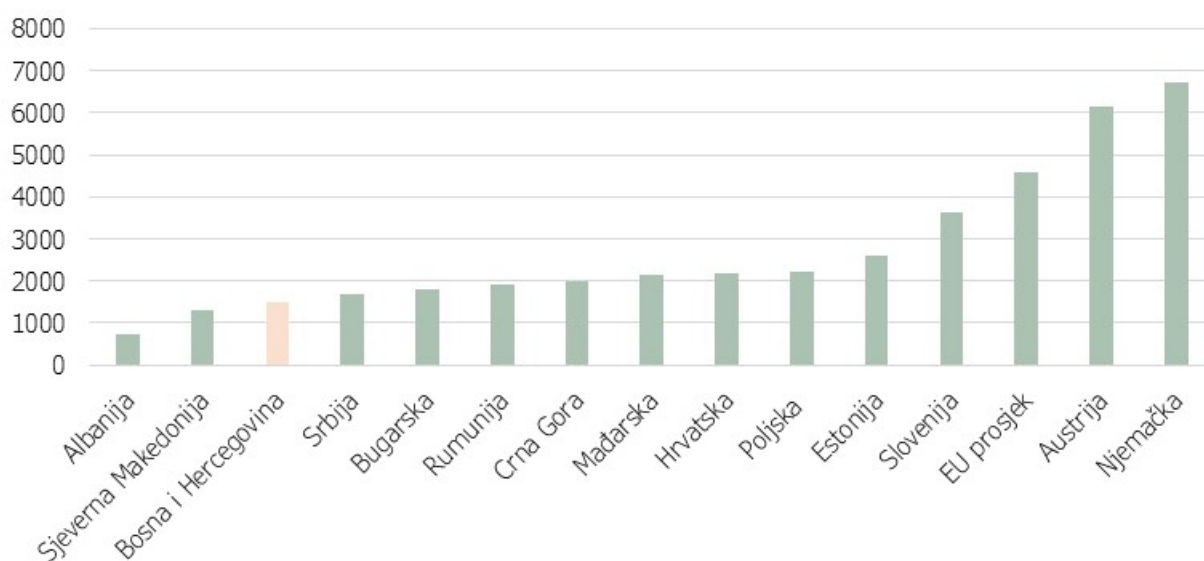


Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2019. godinu

Ukoliko analiziramo trendove u posljednje dvije decenije možemo uočiti da su javna izdvajanja na zdravstvo po glavi stanovnika u BiH značajno povećana, sa 330 USD PPP u 2000. na 1.053 USD PPP u 2020. Ovo je bilo treće po visini među zemljama JIE. Udio javne potrošnje na zdravstvo kao udio u BDP-u povećao se sa 4,1% u 2000. na 6,2% u 2019. godini, čak i premašivši prosjek EU (6,0%).

Na pravi pogled, dostupni statistički podaci ukazuju na relativno visok nivo izdvajanja za zdravstvo u BiH. Međutim, ako se navedena statistička slika upotpuni podacima o potrošnji za zdravstvo po stanovniku prema paritetu kupovnih snaga, zaključci su bitno drugačiji. Prema ovom indikatoru Bosna i Hercegovina sa 1.477 PPP USD per capita pri samom dnu evropske ljestvice. Poređenja radi, u zemljama poput Austrije, Njemačke, Holandije, Danske, Norveške i u drugim razvijenim zemljama ova izdvajanja po stanovniku 4 do 5 puta veća. Izdvajanja za zdravstvo po stanovniku su bila ispod prosjeka za zemlje Jugoistočne Evrope (2.207 PPP USD). Od zemalja regija niža izdvajanja su zabilježena u slučaju Albanije (727 PPP USD) i Sjeverne Makedonije (1.314 PPP USD) – pogledati grafikon ispod.

Grafikon 6. Izdvajanja za zdravstvo po stanovniku; PPP, USD; 2019.



Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2019.

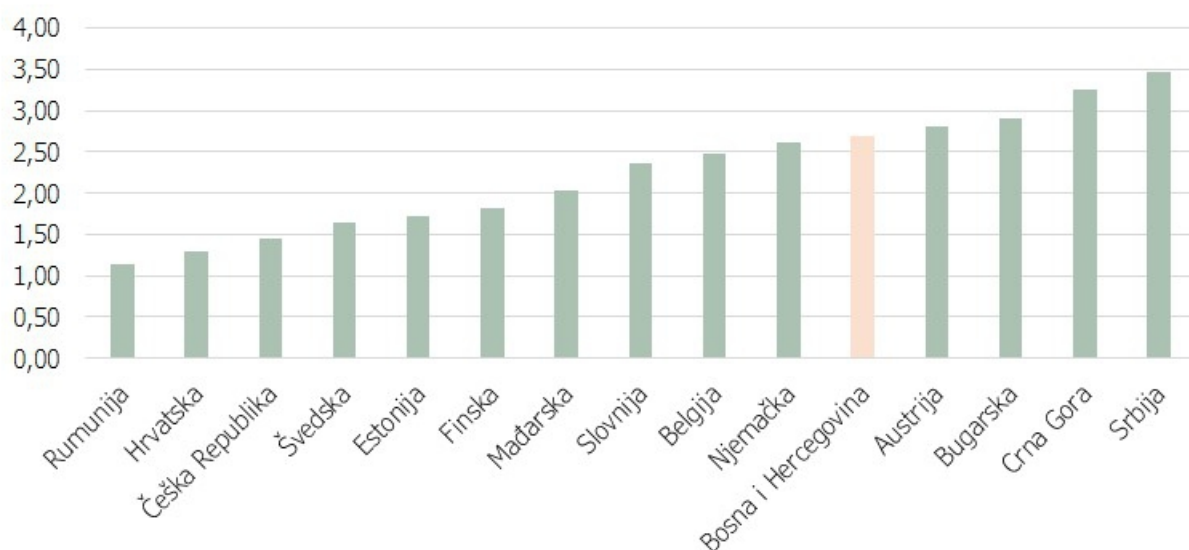
Zaključak prezentirane analize je da su izdvajanja za zdravstvo po stanovniku u Bosni i Hercegovini relativno niska, prije svega zbog niskog nivoa BDP-a. To je dijelom i razlog povećane tražnje za zdravstvenim uslugama u privatnom sektoru. Drugim riječima, privatna potrošnja za zdravstvo u BiH je uslovljena relativno niskom javnom potrošnjom po stanovniku koja očito ne može zadovoljiti visoka očekivanja stanovništva u vezi sa zdravstvenim uslugama, (visoka stopa informisanosti stanovništva, povezanost sa evropskim zemljama), a što dalje utiče na traženje tih usluga u privatnom sektoru.²⁰

Navedeno potvrđuju podaci o privatnoj potrošnji za zdravstvene usluge (Grafikon 6). Posmatrano kroz odnos prema BDP-u, udio privatne potrošnje u BiH je relativno visok – 2,6% BDP-a. Poređenja radi, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2019. godinu udio privatne potrošnje u Hrvatskoj iznosio je 1,3% BDP-a, u Češkoj Republici 1,4%, Sloveniji 2,3%. Od zemalja regije učešće privatnih izdvajanja za zdravstvo je veće u Crnoj Gori (3,2%) i Srbiji (3,4%).

Slične nalaze dobijemo ukoliko udio privatne potrošnje za zdravstvenu zaštitu u BiH izrazimo kao učešće u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji (Grafikon 7). Ukupna potrošnja za zdravstvo p/c u odnosu na BDP p/c znatno je viša od prosjeka EU-a i većine evropskih zemalja. Ipak, treba primijetiti da je u nekim zemljama regije učešće privatne potrošnje čak i nešto više u odnosu na BiH.

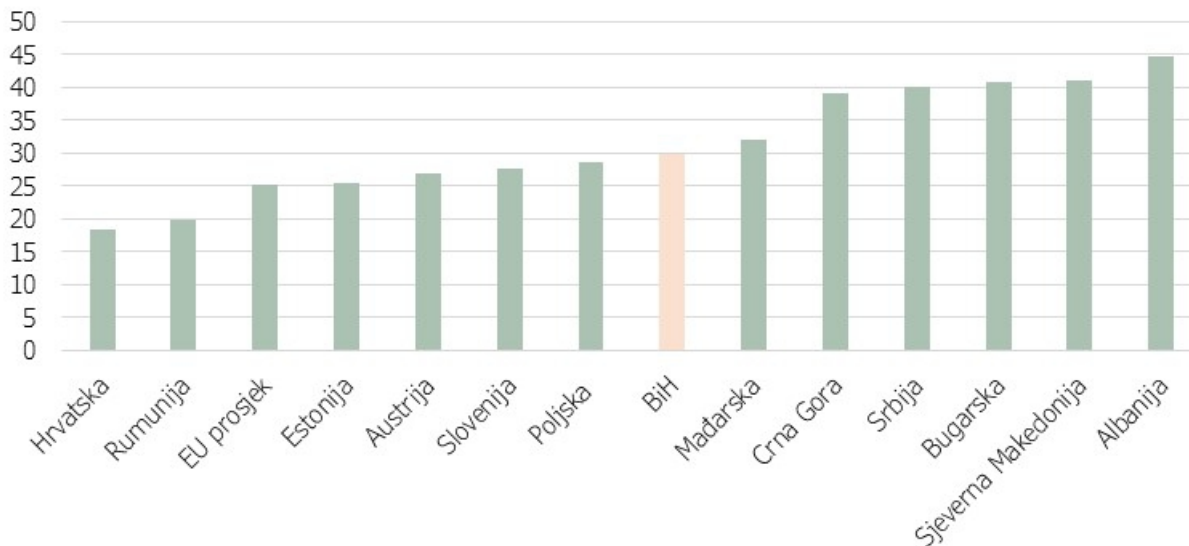
²⁰ Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – različite godine

Grafikon 7. Privatna potrošnje u zdravstvu; % BDP-a



Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2019. godinu

Grafikon 8. Udio privatne potrošnje u ukupnoj potrošnji u zdravstvu



Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2019. godinu

Sistem javnog zdravstva u BiH po sadašnjem modelu finansiranja očito ne može uhvatiti korak sa potrebama, očekivanjima i navikama stanovništva u pogledu zdravstvenih usluga. Globalni trend je da već duži period očekivanja stanovništva, tražnja i potrebe za zdravstvenim uslugama rastu, prije svega zbog toga što je briga o zdravlju jedan od najvrednijih i najvažnijih oblika lične potrošnje.

Taj trend je prisutan i u Bosni i Hercegovini, a ne treba zaboraviti ni neprekidan razvoj medicinske tehnologije koji takođe stvara nove potrebe za zdravstvenim uslugama. Kada se govori o navikama, onda se u prvom redu misli na naslijeđe iz ranijeg sistema kada je utvrđen veoma širok spektar usluga u zdravstvu, javno dostupnih, koji ni do danas nije značajnije umanjen. Naprimjer, u SFRJ stanovništvu su bile dostupne sve usluge iz oblasti primarne zdravstvene zaštite, veliki broj specijalističko- konsultativnih dijagnostičkih usluga, bolnička liječenja u zemlji i inostranstvu, boravak u banjanskim lječilištima, bolovanja i niz drugih zdravstvenih usluga čiji broj nije bio ograničen. To je na neki način kod stanovništva stvorilo naviku neracionalnog korištenja zdravstvenih usluga bez obzira na stvarne finansijske mogućnosti tadašnjih, a i sadašnjih javnih sistema zdravstvene zaštite u BiH. Zbog niskih javnih izdvajanja za zdravstvene usluge per capita sve veći broj ljudi odlučuje da traži zdravstvene usluge u privatnom sektoru.

Pored toga, u proteklom periodu, posebno u oblastima poput stomatologije, dijagnostike, lijekova bez recepta, terapijskih i specijalističkih usluga, razvijena je mnogo konkurentnija ponuda te mnogo brža i efikasnija dostupnost u odnosu na javni sektor čime se dodatno stimulisala privatna potrošnja. Suočeni sa ozbiljnim finansijskim problemima javni fondovi zdravstvenog osiguranja nemaju mogućnost za ulaganja u novu tehnologiju, opremu i razvoj novih usluga zbog čega se takođe korisnici odlučuju da ove usluge traže u privatnim ustanovama ili inostranstvu. Suočeni sa neskladom između svojih finansijskih mogućnosti i zahtjeva stanovništva sistemi javnog zdravstva u BiH djeluju tako da iz godine u godinu generišu deficite u finansiranju, dok istovremeno s druge strane raste nezadovoljstvo korisnika.

Problem finansiranja zdravstvene zaštite reflektuje se i na niz drugih aspekata, između ostalog i na činjenicu da mogućnost pristupa zdravstvenim uslugama i njihov kvalitet nisu jednaki na prostoru cijele BiH. Posebno su izražene razlike po kantonima u Federaciji BiH, što je vidljivo u tabeli ispod.

Tabela 4. Prosječna potrošnja iz obaveznog osiguranja po osiguranom licu u FBiH; 2018-2020.

| KANTON | POTROŠNJA PO OSIG. LICU 2018. | POTROŠNJA NA RECEPT 2018. | POTROŠNJA PO OSIG. LICU 2019. | POTROŠNJA NA RECEPT 2019. | POTROŠNJA PO OSIG. LICU 2020. | POTROŠNJA NA RECEPT 2020. |
|-------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| USK | 602 | 90 | 648 | 96 | 648 | 97 |
| PK | 644 | 41 | 704 | 40 | 688 | 44 |
| TK | 634 | 96 | 702 | 106 | 749 | 114 |
| ZDK | 608 | 77 | 697 | 88 | 677 | 91 |
| BPK | 735 | 104 | 781 | 131 | 759 | 146 |
| SBK | 563 | 62 | 629 | 69 | 634 | 73 |
| HNK | 836 | 67 | 874 | 70 | 925 | 74 |
| ZHK | 626 | 74 | 662 | 79 | 689 | 80 |
| KS | 975 | 174 | 1079 | 191 | 1133 | 204 |
| K 10 | 688 | 67 | 736 | 69 | 740 | 70 |
| FBIH | 715 | 101 | 788 | 111 | 813 | 117 |
| STAND. DEV. | 114.8 | 33.0 | 122.8 | 38.4 | 139.6 | 41.9 |

Izvor: Federalno ministarstvo zdravstva: Obračun sredstava u zdravstvu u FBiH u 2020.

Prosječna ukupna potrošnja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osiguranom licu u Federaciji BiH u 2020. godini iznosila je 813 KM, s tim da se prosječna potrošnja kretala od 634 KM u Srednjobosanskom kantonu do 1.133 KM u Kantonu Sarajevo. Princip jednakosti i dostupnosti očigledno je narušen u visini ostvarene potrošnje po osiguraniku kod ostvarivanja prava na zdravstvenu uslugu, ali i u drugim pravima, uključujući i pravo za lijekove na recept na teret zdravstvenog osiguranja. Pored obuhvata zdravstvenim osiguranjem, dostupnost zdravstvene zaštite, kao jedan od parametara jednakosti, zavisi i od veličine teritorija pojedinih kantona, mreže zdravstvenih ustanova, stepena infrastrukturne razvijenosti i povezanosti teritorija i različito je uređena od kantona do kantona, a što takođe doprinosi ukupnoj nejednakosti.

Nejednakost u pristupu osiguranih osoba zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH je djelimično umanjena uspostavom i funkcionisanjem federarnog fonda solidarnosti. Međutim, zbog manjka finansijskih sredstava, i dalje sve osigurane osobe nemaju jednak pristup zdravstvenoj zaštiti. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena su posebnom Odlukom Parlamenta Federacije BiH iz 2009. godine. Ova odluka do danas nije u potpunosti primjenjena u svim kantonima (Okvir 2).

Okvir 2: Neophodni preduslovi za implementaciju Odluke o osnovnom paketu zdravstvenih prava

Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava (Sl. novine FBiH, br. 21/09) je, pored propisanih prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, propisan i niz uslova koje je potrebno ispuniti za njenu cjelovitu provedbu, a oni se odnose na sljedeće:

- Ujednačavanje minimalnih osnovica i stopa doprinosa za sve kategorije osiguranika;
- Usklađivanje liste lijekova na recept sa pozitivnom listom lijekova utvrđenoj na nivou FBiH
- Usklađivanje liste ortopedskih i drugih medicinskih pomagala sa istom utvrđenom na nivou FBiH;
- Usklađivanje maksimalnog neposrednog učešća osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa Odlukom o maksimalnim iznosima utvrđenim na nivou FBiH;
- Implementacija jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju usluga zdravstvene zaštite između ZU i nadležnost ZZO;
- Osiguranje nedostatnih sredstava za finansiranje osnovnog paketa zdravstvenih prava u svim kantonima i donošenje odluke o ravnopravnom finansiranju nedostajućeg dijela finansijskih sredstava

Prema raspoloživim informacijama do kraja 2021. nisu ujednačene minimalne osnovica u svim kantonima, kao ni liste lijekova na recept. Usklađivanje maksimalno neposrednog učešća osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite nije prihvaćeno od strane svih kantona – neki kantoni su umjesto participacije uveli premiju osiguranja koju plaćaju osigurane osobe. Jedinstvena metodologija kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju usluga zdravstvene zaštite između ZU i nadležnost ZZO je objavljena 2011., ali se ista u ne primjenjuje u potpunosti. Do kraja 2021. godine nisu realizirane ni aktivnosti koje se odnose na osiguranje nedostatnih sredstava za finansiranje osnovnog paketa zdravstvenih prava.

Odlukom o osnovnom paketu zdravstvenih prava je također, utvrđen minimalni obim prava za ne-osigurane osobe, a u skladu sa Europskom konvencijom o ljudskim pravima i slobodama koju naša država ratificirala. Po pitanju ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu neosiguranih osoba, za što je neophodno osigurati dodatna sredstva iz izvora van obaveznog zdravstvenog osiguranja, do sada nisu poduzimane nikakve aktivnosti.

Izvor: Ministarstvo zdravstva Federacije BiH

2.4. ZZO I FINANSIRANJE ZDRAVSTVA

Sistemi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini već duži period su suočeni sa ozbiljnim izazovima u svome finansiranju. Gotovo po pravilu svake godine rashodi premašuju prihode fondova zdravstvenog osiguranja u oba entiteta i kantonima. U 2020. i 2021. godini poslovanje zdravstvenog sektora u BiH odvijalo se u posebno otežanim uslovima nastalim kao rezultat pandemije korona virusa. Vlade raznih nivoa vlasti, u skladu sa svojim nadležnostima, preduzimale su razne ekonomske i zdravstvene mjere i postupke u cilju suzbijanja daljnjeg širenja epidemije i stabilizacije ekonomije i sektora zdravstva.²¹ Smanjivanjem obima ekonomske aktivnosti budžeti raznih nivoa vlasti su ostvarili prihode u značajno manjem iznosu u odnosu na prethodnu godinu. Od posebno značaja za zdravstveni sektor, značajno je smanjeno i ostvarenje prihoda od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Prema podacima Glavne službe za reviziju javnog sektora u RS-u i izvještaja Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a, ukupni prihodi javnog sektora zdravstva u Republici Srpskoj u 2020. godini iznosili su 846 miliona KM, dok su rashodi u istom periodu iznosili 798 miliona KM, što znači da je taj segment javnog sektora samo u ovoj godini, za razliku u od nekih ranijih godina, ostvario pozitivan finansijski rezultat u iznosu od gotovo 50 miliona KM. Pregled ostvarenih prihoda i rashoda Fonda zdravstvenog osiguranja RS od 2006. godine dat je u tabeli ispod. Možemo uočiti da su u najvećem dijelu analiziranog period javnom sektoru zdravstva u RS-u nedostajali značajni iznosi sredstava.

²¹ U oba entiteta usvojeni su odgovarajući zakoni o ublažavanju negativnih ekonomskih posljedica koji su predviđali subvencioniranje doprinosa za obavezna osiguranja, obustave obračuna i plaćanja kamata na javne prihode, ukidanje obaveze plaćanja akontacije poreza na dobit, ukidanje obaveze plaćanja poreza na dohodak od samostalne djelatnosti, prekidanje prisilne naplate, uspostava garancijskih fondova, itd.

Tabela 5. Prihodi i rashodi u javnom zdravstvenom sektoru u RS; 2006-2020.

| GODINA | PRIHODI (U 000 KM) | RASHODI (U 000 KM) | FINANSIJSKI REZULTAT (U 000 KM) |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 2006. | 331.197 | 334.231 | -3.034 |
| 2007. | 345.627 | 344.838 | 789 |
| 2008. | 487.274 | 496.473 | -9.199 |
| 2009. | 486.786 | 496.473 | -9.687 |
| 2010. | 483.84 | 538.188 | -54.348 |
| 2011. | 547.728 | 545.454 | 2.274 |
| 2012. | 549.857 | 588.915 | -39.057 |
| 2013. | 583.405 | 601.003 | -17.597 |
| 2014. | 622.918 | 635.285 | -12.366 |
| 2015. | 677.631 | 667.697 | 9.933 |
| 2016. | 625.726 | 654.233 | -28.507 |
| 2017. | 658.066 | 667.196 | -9.129 |
| 2018. | 661.744 | 672.753 | -11.008 |
| 2019. | 716.279 | 693.844 | 22.434 |
| 2020. | 846.583 | 798.606 | 47.976 |

Izvor: Glavna služba za reviziju javnog sektora u RS-u – Izvještaji FZO RS-a

Nemogućnost da se iz vlastitih prihoda, a prije svega iz prikupljenih uplata po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, finansiraju rastući troškovi zdravstvenih usluga primorala je Fond zdravstvenog osiguranja da se za dodatna sredstva obraća Vladi RS-a te da se kreditno zadužuje.

Ukupne kreditne obaveze Fonda su prema podacima za 2020. godinu iznosile 210 miliona KM, od čega se na dugoročne obaveze po kreditnim zaduženjima odnosi 167 miliona KM, a na obaveze po kreditnim zaduženjima koje dospijevaju na naplatu u 2021. godini odnosi se 43 miliona KM. Specifičnost trenutne finansijske pozicije Fonda zdravstvenog osiguranja u tome je što su institucije u zdravstvu istovremeno veliki dužnici i povjerioci, s obzirom na velika potraživanja po osnovu neplaćenih doprinosa za zdravstveno osiguranje upravo od radnika zdravstvenih ustanova i drugih budžetskih korisnika.

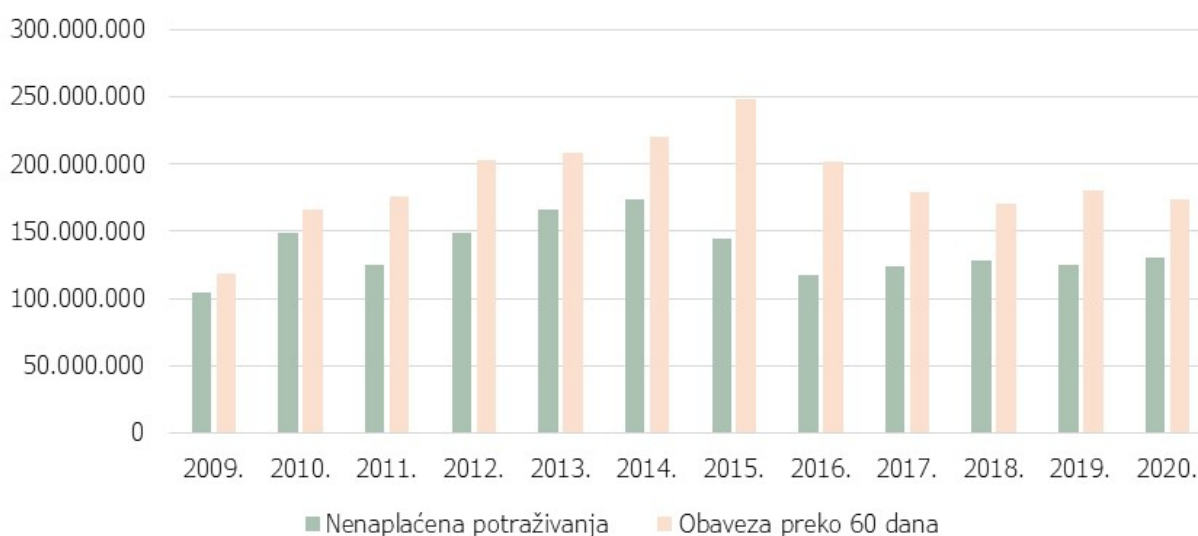
Poslovanje zdravstvenog sektora u Federaciji BiH predstavljeno je u tabeli ispod.

Tabela 6. Finansijsko poslovanje zdravstvenog sektora u FBiH; konsolidovano, 2004-2020.

| GODINA | ZAVODI ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FBiH | JAVNE ZDRAVSTVENE USTANOVE U FBiH |
|--------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 2004 | 8.691.483 | -35.824.327 |
| 2005 | 4.495.750 | -30.467.064 |
| 2006 | 15.499.801 | -24.286.900 |
| 2007 | 20.748.959 | -13.215.000 |
| 2008 | 19.802.997 | -16.763.978 |
| 2009 | -13.669.371 | -18.732.938 |
| 2010 | -8.760.633 | -36.332.549 |
| 2011 | -10.635.082 | -23.049.464 |
| 2012 | -16.604.164 | -47.066.715 |
| 2013 | -36.568.242 | -29.937.350 |
| 2014 | 19.221.645 | -33.157.866 |
| 2015 | -7.585.478 | -38.441.862 |
| 2016 | 35.343.433 | -733.171 |
| 2017 | 54.490.084 | 43.358.525 |
| 2018 | 66.308.090 | 19.311.741 |
| 2019 | 28.871.648 | 19.158.028 |
| 2020 | -21.241.005 | 15.195.064 |

Izvor: Ministarstvo zdravstva FBiH

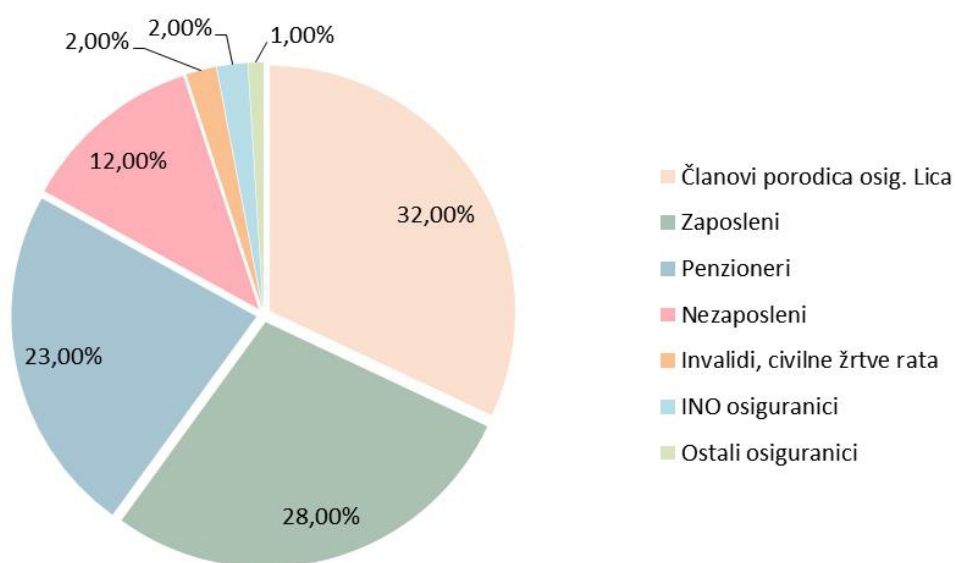
Grafikon 9. Obaveze i potraživanja zdravstvenog sektora; konsolidovano, 2009-2020.



Izvor: Ministarstvo zdravstva FBiH

Formalno zaposlene osobe čine manje od jedne trećinu ukupnog broja osiguranika (pogledati tabelu ispod). Istovremeno, kroz obavezne doprinose zaposlenih finansira se 68% od ukupno 70% sredstava za zdravstvo koja dolaze iz javnih izvora (WHO, 2022d). Na grafiku ispod prezentirana je struktura osiguranih lica u FBiH. U ovom entitetu osiguranici uposleni kod poslodavaca u ukupnom broju osiguranika sudjeluju sa 28,0%, a u prihodima od doprinosa sa 95,4%; osiguranici umirovrjenici u ukupnom broju osiguranika sudjeruju sa 23,1%, a u prihodima od doprinosa sa 1,73%; osiguranici nezaposleni prijavljeni na osiguranje u ukupnom broju osiguranika sudjetuju sa 12,2%, a u prihodima od doprinosa sa 1,53%; ostale kategorije osiguranika sudjeruju u ukupnom broju osiguranika sa 5,2%, a u ukupnim prihodima od doprinosa sa 1,31%, itd.²²

Grafikon 10. Struktura osiguranih lica u FBiH



Izvor: Ministarstvo zdravstva FBiH

Ovakvo stanje predstavlja jedan od ključnih rizika po finansijsku održivost zdravstvenog i socijalnog sistema u zemlji. Naime, svaka promjena koja se odnosi na ovu kategoriju osiguranika, kao što je npr. broj zaposlenih kod poslodavaca, visine plaće, visina stope doprinosa, se uveliko odražava i na visinu sredstava koja se ostvaruju po temelju doprinosa za zdravstveno osiguranje, a time i na ukupna sredstva u zdravstvu.²³

U poređenju sa nekim drugim evropskim zemljama (npr. Bugarska, Češka, Poljska, Rumunija i Turska), transferi državnog budžeta u šemu socijalnog zdravstvenog osiguranja, kao i državna sredstva koja se troše direktno na zdravstvo, su veoma mali (SZO, 2021a).

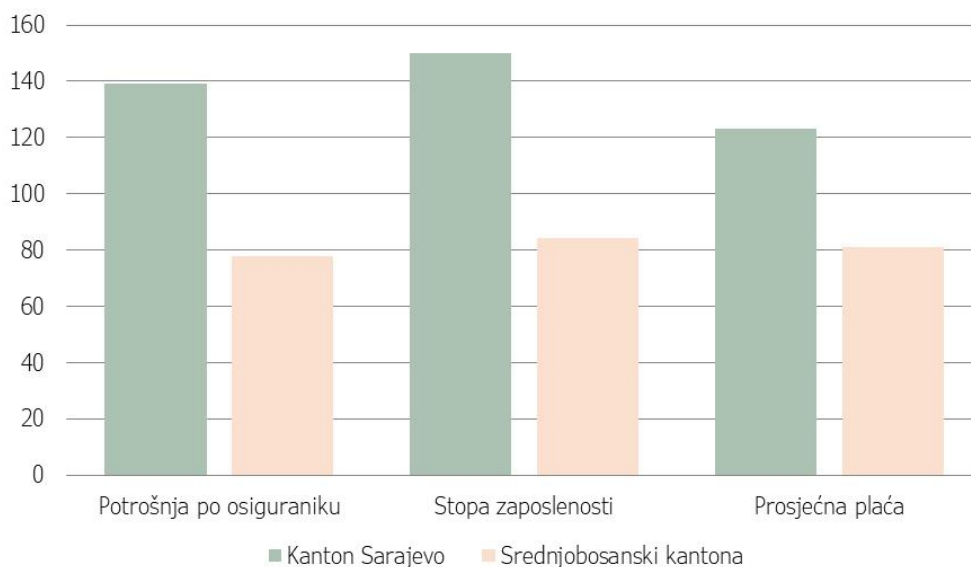
Dodatan problem u slučaju FBiH predstavlja činjenica da finansiranje javnog sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH nije uređeno na jedinstven način, već se razlikuje u kantonima.

²² Od ukupno 1,9 miliona osigurnih lica u FBiH, 600 hiljada su članovi porodica nosioca osiguranja.

²³ Pored toga, bitno je istaći da visoke stope doprinosa, posebno u FBiH, destimulišu formalno zapošljavanje, što rezultira značajnom neformalnom ekonomijom u zemlji.

Jedinstveno je uređen samo obračun osnovice i stopa doprinosa za zaposlene kod poslodavca (12,5% na teret zaposlenika i 4% na teret poslodavca), dok je osnovica i stopa doprinosa za ostale kategorije stanovništva utvrđena različito na osnovu odluka kantonalnih skupština. U skladu s tim kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja su u različitom finansijskom položaju (u zavisnosti od broja zaposlenih i prosječne bruto plate), što ima direktan uticaj na obim i kategorije prava koja se nude osiguranicima.

Grafikon 11. Razlika u ekonomskoj snazi i izdvajanjima za zdravstveno osiguranje; KS i SBK vs. FBiH prosjek; 2020.



Izvor: Federalni zavod za statistiku i Ministarstvo zdravstva Federacije BiH

Ovako utvrđen način finansiranja zdravstvene zaštite po kantonima, koji dominantno počiva na sredstvima uplaćenim po osnovu doprinosa za zaposlene kod poslodavca, podstiče nejednakost u ostvarivanju prava osiguranika u zavisnosti od ekonomske pozicije kantona i mjesta gdje osiguranici žive. U kantonima gdje je manji broj zaposlenih i gdje su niže plate, manji je obuhvat zdravstvenim siguranjem i niža su izdvajanja za javne zdravstvene usluge po osiguraniku. S druge strane, i oni građani koji žive u „siromašnijim“ kantonima imaju iste potrebe za zdravstvenim osiguranjem kao i oni koji žive u „bogatijima“. Treba istaći i to da su institucionalni akteri u Federaciji BiH, svjesni ovog problema, nastojali da ga riješe osnivanjem Fonda solidarnosti i donošenjem nekoliko relevantnih odluka²⁴, ali bez konkretnijeg uspjeha. Ovi pokušaji da se smanji nejednakost u ostvarivanju prava na zdravstvene usluge nisu do sada uključivali intervencije i pristupe koji podrazumijevaju redefinisane strukture izvora finansiranja.

²⁴ Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava i Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava, "Službene novine Federacije BiH", broj 21/09.

2.5. STRUKTURA ZDRAVSTVENE POTROŠNJE

Ukupni izdaci u zdravstvu u BiH u 2021. su iznosili 3,74 milijarde KM, od čega su 69% bili javni, a 31% privatni izdaci. Tzv. potrošnja iz džepa (engl. out of pocket - OOP) na zdravstvo činila je 29,4% ukupne zdravstvene potrošnje u 2019., što je bilo blizu prosjeka zemalja JIE (30,7%), ali iznad prosjeka EU (20,9%). OOP potrošnja je u stalnom padu (sa izuzetno visokih 45% u 2005. - Slika 3). Od ukupne privatne potrošnje na zdravstvo, OOP potrošnja ima najveći udio (96,9%), dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje čini samo oko 1%.

Ako se posmatra struktura zdravstvene potrošnje po namjeni, onda se može uočiti da najveći dio izdvajanja ide za usluge liječenja (gotovo 60%), zatim za medicinska sredstva za vanbolničke pacijente (27% - većim dijelom se finansira iz privatnih sredstava), pomoćne usluge zdravstvene zaštite (7%) itd.

Tabela 7. Struktura izdvajanja za zdravstvo u BiH – prema namjeni

| | UKUPNI IZDACI | STRUKTURA |
|--|---------------|-----------|
| HC.1 USLUGE LIJEČENJA | 1 962,562 | 58% |
| HC.2 USLUGE REHABILITACIJE | 85,790 | 3% |
| HC.3 USLUGE DUGOTRAJNE MEDICINSKE NJEGE | 37,181 | 1% |
| HC.4 POMOĆNE USLUGE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE | 235,272 | 7% |
| HC.5 MEDICINSKA SREDSTVA ZA VANBOLNIČKE PACIJENTE | 929,780 | 27% |
| HC.6 PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA | 66,722 | 2% |
| HC.7 ZDRAVSTVENA ADMINISTRACIJA I ZDRAVSTVENO OSIGURANJE | 66,632 | 2% |
| SVI IZVORI FINANSIRANJA | 3 383,938 | 100% |

Izvor: Nacionalni zdravstveni računi BiH za 2020. godinu

Direktna plaćanja za lijekove i medicinske proizvode čine najveći dio potrošnje OOP-a. Slijede izdaci za specijalizirana ambulantna i bolnička liječenja. Kao i u mnogim zemljama JIE, prisutna su i neformalna plaćanja, najčešće za bolničku i specijaliziranu njegu (Bosna i Hercegovina, 2012; Vujičić', 2017; Slipicevic & Malicbegovic, 2012). OOP potrošnja, uključujući neformalna plaćanja, smanjuju vjerovatnoću da će grupe stanovništva s niskim prihodima dobiti zdravstvene usluge koje su im potrebne. 8,2% stanovništva u Bosni i Hercegovini navodi da je potrošilo više od 10% ukupnih rashoda ili prihoda domaćinstva na zdravstvo u 2015. godini, ne uzimajući u obzir nezadovoljene potrebe (WHO, 2022d).

Iako mehanizmi zaštite za određene grupe stanovništva postoje, tzv. "katastrofalna" zdravstvena potrošnja ostaje problem, posebno za siromašnija domaćinstva, i uglavnom je vođena OOP plaćanjima za ambulantne lijekove, dijagnostičke testove i bolničku njegu. U 2015. godini oko 8,1% domaćinstava u Federaciji BiH i 9,9% u Republici Srpskoj iskusilo je "katastrofalnu" potrošnju (Voncina et al., 2022a, 2022b). To je ispod katastrofalnog nivoa potrošnje u drugim zemljama u Evropskoj regiji SZO, ali iznad nivoa u susjednim zemljama kao što su Hrvatska i Slovenija.

Radi potpunijeg i realnijeg sagledavanja troškova u zdravstvenom sektoru, a posebno u zdravstvenim ustanovama, izdatke za zdravstvo ćemo analizirati i prema ekonomskoj klasifikaciji²⁵ - na način kako se isti evidentiraju u zdravstvenim ustanovama i zavodima zdravstvenog osiguranja (tabela ispod).

Tabela 8. Rashodi zdravstvenog sektora u FBiH; ekonomska klasifikacija

| VRSTA TROŠKA | IZNOS 2018. | STRUKT. 2018. | IZNOS 2019. | STRUKT. 2019. | IZNOS 2020. | STRUKT. 2020. | RAST 2020/18 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| BRUTO PLAĆE I NAKNADE | 862,367,869 | 42.5 | 932,148,731 | 42.9 | 974,907,230 | 43.0 | 113.05 |
| LIJEKOVI | 491,838,661 | 24.2 | 565,884,249 | 26.1 | 609,307,771 | 26.9 | 123.88 |
| SANITETSKI, LABORATORIJSKI I OSTALI MEDICINSKI MATERIJALI | 133,542,570 | 6.6 | 145,131,265 | 6.7 | 160,284,820 | 7.1 | 120.03 |
| AMORTIZACIJA | 76,470,140 | 3.8 | 77,853,374 | 3.6 | 77,637,484 | 3.4 | 101.53 |
| MATERIJALNI TROŠKOVI POSLOVANJA ZDRAV. USTANOVA | 139,482,522 | 6.9 | 143,536,438 | 6.6 | 151,072,358 | 6.7 | 108.31 |
| OSTALI RASHODI ZDRAVSTVENIH USTANOVA | 44,222,955 | 2.2 | 36,139,285 | 1.7 | 32,397,170 | 1.4 | 73.26 |
| ORTOPEDSKA POMAGALA | 27,306,197 | 1.3 | 29,337,150 | 1.4 | 26,924,143 | 1.2 | 98.60 |
| NAKNADA PLAĆA PO OSNOVU BOLOVANJA PREKO 42 DANA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U INOZEMSTVU | 36,424,342 | 1.8 | 42,169,551 | 1.9 | 37,991,078 | 1.7 | 104.30 |
| OSTALI RASHODI I NAKNADE U ZZO | 29,231,359 | 1.4 | 29,937,111 | 1.4 | 24,836,977 | 1.1 | 84.97 |
| RASHODI STRUČNIH SLUŽBI ZZO | 64,773,942 | 3.2 | 54,663,969 | 2.5 | 53,659,649 | 2.4 | 82.84 |
| RASHODI | 35,129,361 | 1.7 | 35,618,257 | 1.6 | 36,014,265 | 1.6 | 102.52 |
| RASHODI | 1,940,789,918 | 95.7 | 2,092,419,380 | 96.3 | 2,185,032,945 | 96.4 | 112.58 |
| KAPITALNA ULAGANJA | 88,118,352 | 4.3 | 82,502,855 | 3.8 | 82,502,855 | 3.6 | 93.63 |
| UKUPNA POTROŠNJA | 2,028,908,270 | 100.0 | 2,171,704,501 | 100.0 | 2,267,535,800 | 100.0 | 111.76 |

Izvor: Ministarstvo zdravstva FBiH

U strukturi troškova, najveće učesće čine troškovi za plaće i naknade u iznosu od 975 mil. ili 43,0%, potom lijekovi u iznosu od 609 mil. (26,9%)²⁶, medicinski materijali u iznosu od 160 mil. (7,1%), materijalni troškovi u iznosu od 151 mil. (6,7%) i troškovi amortizacije u iznosu od 78 mil. (3,4%).

Izdaci za kapitalna ulaganja u 2020. godini iznosili su ukupno 82,5 mil. KM. Analizirajući njihova kretanja u posljednjih desetak godina može se uočiti da izdaci za kapitalna ulaganja variraju iznosom iz godine u godinu u zavisnosti od visine raspoloživih finansijskih sredstava, potreba za investiranjem, vrste izvora finansiranja, itd.²⁷ Za kapitalna ulaganja iz vlastitih sredstava izdvojeno je 50.5 miliona KM, iz sredstava budžeta 11,2 mil. KM, kreditnih sredstava 1,7 mil. KM i iz donacija 18,9 mil. KM.

²⁶ Treba istaći da je u ukupnim troškovima lijekova uključen i trošak po osnovu PDV-a, veleprodajne marže za lijekove sa Bolničke liste lijekova i lijekova koji se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti, te maloprodajne marže za lijekove kojima se trguje u komercijalno u apotekama u maloprodaji, kao i naknade za izdavanje lijekova na recept sa Liste lijekova kantona.

²⁷ Od ukupnih kapitalnih ulaganja u zdravstvu FBiH u 2020. godini, na izgradnju, rekonstrukciju i adaptaciju građevinskih objekata odnosi se 15,2 miliona KM, ili 18,5 posto, nabavu opreme 63,6 miliona KM ili 77,21 posto i ulaganja u ostala stalna sredstva 3,5 miliona KM ili 4,3 posto.

Kao i u prethodnim godinama, za kapitalna ulaganja u zdravstvenim ustanovama u 2020. godini izdvojen je znatno manji iznos sredstava u odnosu na iskazane troškove amortizacije. Troškovi amortizacije u 2020. su iznosili 77,6 mil. KM, a za kapitalne investicije iz sredstava amortizacije je utrošeno 19,2 miliona KM ili 24,8%. Od značaja je istaći da finansiranje kapitalnih ulaganja nije sistemski riješeno obzirom da je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti utvrđeno da sredstva za kapitalna ulaganja izdvajaju osnivači - što još uvijek nije implementirano. Istovremeno javne zdravstvene ustanove su prinuđene obračunavati i iskazivati troškove amortizacije. Javne zdravstvene ustanove u FBiH su u 2020. godini izdvojile ukupno 35,3 miliona KM vlastitih sredstava na ime kapitalnih ulaganja.

U ukupnim troškovima u zdravstvu Federacije BiH u 2020. godini sadržani su troškovi po osnovu PDV-a u iznosu od 137,1 mil. KM, od kojih 37,3 mil. KM u svim kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja, 15,3 mil. KM u Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja i 84,4 mil. KM u svim javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Ukupan trošak PDV-a povećava se iz godine u godinu - u 2020. u odnosu na 2019. bio je veći 10,3 mil. KM.

2.6. IZAZOVI VEZANI ZA KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Ukupni izdaci u zdravstvu u BiH u 2021. su iznosili 3,74 milijarde KM, od čega su 69% bili javni, a 31% privatni izdaci. Tzv. potrošnja iz džepa (engl. out of pocket - OOP) na zdravstvo činila je 29,4% ukupne zdravstvene potrošnje u 2019., što je bilo blizu prosjeka zemalja JIE (30,7%), ali iznad prosjeka EU (20,9%). OOP potrošnja je u stalnom padu (sa izuzetno visokih 45% u 2005. - Slika 3). Od ukupne privatne potrošnje na zdravstvo, OOP potrošnja ima najveći udio (96,9%), dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje čini samo oko 1%.

Prethodna analiza je u biti bila fokusirana na glavne pokazatelje finansiranja zdravstvene zaštite. Da bi se napavila ukupna ocjena stanja zdravstvenog sistema, analizu je potrebno dopuniti brojnim drugim nefinansijskim pokazateljima. U tom kontekstu, u ovom dijelu studije ćemo napraviti osvrt na zadovoljstvo korisnika pruženim nivoom zdravstvene zaštite, te na ključne indikatore zdravlja stanovništva. Mislimo na indikatore očekivanog trajanja života te mortalitet prema raznim bolestima kao što su respiratorne bolesti, kardio-vaskularne bolesti i rak. Sve su ovo faktori koji mogu uticati na buduće troškove zdravstva.

Što se tiče indeksa univerzalne zdravstvene pokrivenosti (UHC), pristup osnovnim uslugama porastao je sa 43 (od 100) u 2000. na 65 u 2019. godini, ali ostaje ispod prosjeka evropskog regiona SZO. Nizak rezultat Bosne i Hercegovine je, između ostalog, posljedica ograničenih kapaciteta usluga i lošeg pristupa među najugroženijim populacijama.²⁸ Posljednji podaci o smrtnosti koje je Bosna i Hercegovina prijavila SZO odnose se na 2016. godinu. Prema tim podacima, očekivani životni vijek pri rođenju iznosio je 76,3 godine, što je nešto ispod prosjeka jugoistočne Evrope (76,7), odnosno dvije godine ispod prosjeka evropskog regiona SZO (78,3).

²⁸ Postoje značajne praznine u zdravstvenom osiguranju za neke osobe koje pripadaju romskoj zajednici (procjenjuje se na 58 000 osoba), što dovodi do prepreka pristupu zdravstvenim uslugama. U istraživanju iz 2011. godine, nezadovoljene potrebe Roma za zdravstvenom zaštitom koje su sami prijavili bile su skoro dvostruko veće od onih među neromima koji žive u blizini (Arora, Kühlbrandt & McKee, 2016). Procjenom romskih zajednica u Republici Srpskoj iz 2018. godine utvrđeno je da su glavni razlozi nezadovoljenih potreba nedostatak finansijskih sredstava za pokrivanje službenih korisničkih naknada, neformalnih plaćanja i prevoza do zdravstvenih ustanova, posebno onih sa hroničnim oboljenjima (Stojisavljević, Grabež i Stojanovski, 2020).

Razlika u očekivanom životnom vijeku pri rođenju između spolova iznosila je 4,9 godina, sa očekivanim životnim vijekom muškaraca od 73,8 godina i očekivanim životnim vijekom žena od 78,7 godina (WHO, 2022e).

Oba entiteta su poduzela različite korake da poboljšaju kvalitet zdravstvene zaštite. Osnovali su agencije za akreditaciju zdravstvene zaštite koje rade (obavezne i dobrovoljne) programe certifikacije za pružaoce zdravstvenih usluga i praćenje indikatora kvaliteta i sigurnosti u bolnicama i primarnoj zaštiti. Uprkos ovim naporima, uticaj ostaje ograničen zbog nedostatka podsticaja za plaćanje za poboljšanje kvaliteta, institucionalne fragmentiranosti i ograničenih javnih resursa. Više od 80% stanovništva navodi da je „prilično nezadovoljno“ ili „veoma nezadovoljno“ zdravstvenim sistemima prema anketi Svjetske banke (Svjetska banka, 2020.). Kao rezultat toga, i zbog dugog vremena čekanja na specijalizirane usluge, pacijenti koji si to mogu priuštiti imaju tendenciju da koriste zdravstvene usluge iz privatnog sektora. Većina privatnih pružalaca usluga su apoteke, stomatološke ordinacije i specijalističke ordinacije (Rakić i sar., 2018).

Zemlja je postigla veliki napredak u smanjenju smrtnosti majki i novorođenčadi. Procjenjuje se da je smrtnost majki opala sa 17 smrtnih slučajeva na 100 000 živorođenih u 2000. na 10 smrtnih slučajeva na 100 000 u 2017. To je bilo ispod prosjeka u Evropskoj regiji SZO (12,7 smrtnih slučajeva na 100 000 živorođenih), odnosno u Jugoistočnoj Evropi (11,7 na 100 000) (SZO, 2022e).

Slični pozitivni trendovi zabilježeni su i u slučaju smrtnosti dojenčadi – smanjena sa 18,7 umrlih na 100 000 živo rođenih u 2000. na 5,1 na 100 000 u 2019. (Slika 11). Ovaj napredak djelom je posljedica poboljšanja kvalitete brige tokom trudnoće i poroda. Povećan je obuhvat perinatalnih zdravstvenih usluga a 99,9% porođaja sada se realizira u prisustvu kvalificiranog zdravstvenog osoblja (UNICEF, 2022b).

Kao i mnoge druge evropske zemlje, Bosna i Hercegovina se suočava sa starenjem stanovništva, a nezarazne bolesti (NKB) su glavni uzrok smrtnosti: procijenjeno je da je više od 90% smrtnih slučajeva (ili 637,5 smrtnih slučajeva na 100 000) u 2019. godini uzrokovano nezaraznim bolestima, uglavnom kardiovaskularnih bolesti i raka (IHME, 2019). Vodeći uzrok smrti u 2016. godini bile su kardiovaskularne bolesti, uključujući ishemijsku bolest srca (IBS) i moždani udar, a zatim rak. Dijabetes je predstavljao 43 smrtna slučaja na 100 000 u 2016. godini, što je tri puta više od stope u Evropskoj regiji SZO (SZO, 2022e).

Prerana smrtnost (među osobama starosti 30-69 godina) u Evropskoj regiji SZO i Jugoistočnoj Evropi postepeno je opadala poslednjih godina. Nasuprot tome, prerana smrtnost u Bosni i Hercegovini porasla je sa 407,3 umrlih na 100 000 stanovnika u 2011. godini na 429 u 2016. godini, iako su podaci za ovaj vremenski period nepotpuni (WHO, 2022e).

²⁹ Postoje značajne razlike u obrascima mortaliteta. Stope samoubistava, na primjer, mnogo su veće kod muškaraca nego kod žena (13,5 odnosno 3,4 na 100 000 u 2019. godini). Nasuprot tome, kardiovaskularne bolesti uzrokuju više smrtnih slučajeva među ženama (604,5 smrtnih slučajeva na 100 000) nego muškarcima (534,9 smrtnih slučajeva na 100 000) (IHME, 2019).

Prema Globalnoj studiji o opterećenju bolesti iz 2019. godine, karcinomi su bili glavni uzrok smrti među onima u dobi od 30 do 64 godine (IHME, 2019). Procijenjeno je da se preko 28% smrtnih slučajeva može pripisati visokom sistolnom krvnom tlaku, 26% pušenju i približno 24% hiperglikemiji (IHME, 2019). Hipertenzija i metabolički faktori rizika kao što je visok šećer u krvi vjerovatno su povezani s nezdravim ponašanjem, kao što su pušenje, nezdrava prehrana i nedostatak fizičke aktivnosti.

U Tabeli ispod je na osnovu podataka Međunarodnog fonda za istraživanje raka napravljena analiza indikatora učestalosti i smrtnosti od raka na 100 hiljada stanovnika na kraju 2022. godine. Možemo uočiti da mnoge zemlje imaju više vrijednosti indikatora učestalost raka. Međutim, ukoliko podatke o smrtnosti stavimo u odnos na učestalost (posljednja kolona u tabeli), kao indirektnu mjeru kvaliteta zdravstvenog sistema, vidimo da BiH bilježi lošiji rezultat u odnosu na sve analizirane zemlje.

Tabela 9. Učestalost vs. smrtnost od raka (na 100 hilj. stanovnika, 2022.)

| | UČESTALOST RAKA | SMRTNOST OD RAKA | SMRTNOST / UČESTALOST |
|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| <i>BiH</i> | 221,6 | 127,3 | 0,57 |
| <i>Crna Gora</i> | 260,6 | 144,5 | 0,55 |
| <i>Poljska</i> | 260,4 | 136,8 | 0,53 |
| <i>Sjeverna Makedonija</i> | 215,1 | 112,9 | 0,52 |
| <i>Albanija</i> | 142,2 | 74,2 | 0,52 |
| <i>Srbija</i> | 291,6 | 150,6 | 0,52 |
| <i>Rumunija</i> | 255,9 | 130,9 | 0,51 |
| <i>Bugarska</i> | 238,5 | 119,0 | 0,50 |
| <i>Slovačka</i> | 290,4 | 140,7 | 0,48 |
| <i>Hrvarska</i> | 284,1 | 132,7 | 0,47 |
| <i>Mađarska</i> | 322,8 | 148,1 | 0,46 |
| <i>Estonija</i> | 274,2 | 115,8 | 0,42 |
| <i>Austrija</i> | 241,6 | 95,4 | 0,39 |
| <i>Slovenija</i> | 300,2 | 115,4 | 0,38 |
| <i>Češka</i> | 281,2 | 105,7 | 0,38 |
| <i>Njemačka</i> | 281,9 | 102,0 | 0,36 |

Izvor: Vlastite kalkulacije na bazi WCRFI 2023.

Pušenje uvelike doprinosi lošem zdravlju u Bosni i Hercegovini. U 2018. godini zemlja je imala jednu od najviših stopa pušenja među odraslim osobama (37,2%) u Evropskom regionu SZO, daleko premašivši prosjeke za Jugoistočnu Evropu (28,2%) i Evropski region SZO (24,6%). Gotovo polovina svih muškaraca redovno konzumira duhan (45,7%), a to čini oko jedne trećine žena (28,9%), što je za obje grupe 12 procentnih poena iznad regionalnih prosjeka (WHO, 2022e).

³⁰ Bosna i Hercegovina ima na raspolaganju oportunistički skrining za rak dojke i grlića materice, te je izdala smjernice za rano otkrivanje raka u djetinjstvu. Međutim, još uvijek nedostaju rutinski programi skrininga raka i opće smjernice za upravljanje rakom (ICCP, 2020).

3. KAKO OSIGURATI FISKALNU ODRŽIVOST ZDRAVSTVENOG SISTEMA U BIH: GLAVNA PODRUČJA DJELOVANJA

Analiza prezentirana u prethodnom poglavlju pokazala je da se zdravstveni sistem u BiH suočava sa brojnim izazovima što se u konačnici bitno odražava na njegovu fiskalnu održivost. Generalno, postoji čitav niz mjera i alata kojima se može osnažiti fiskalna održivost zdravstvenog sustava. U najširem smislu, one se mogu podijeliti na mjere kojima se:

- 1) povećavaju prihodi zdravstvenog sistema;
- 2) povećava učinkovitost rashoda zdravstvenog sistema.

Što se tiče povećanja javnih prihoda za zdravstvo, prednost takvih mjera je da se mogu provesti u relativno kratkom roku. S druge strane, takve mjere ne garantiraju povećanje učinkovitosti zdravstva. Sa druge strane, mjere kojima se povećava učinkovitost omogućavaju da se ostvare uštede, bez narušavanja bez narušavanja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite, ili da se podigne nivo i kvalitet zdravstvenih usluga uz isti nivo troškova. Nedostatak navedenih mjera je što često zahtjevaju duži vremenski rok za implementaciju obzirom da u principu impliciraju promjene ponašanja i poslovanja unutar zdravstvenog sistema.

U nastavku rada daje se niz prijedloga za poboljšanje fiskalne održivosti zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini. Mjere su grupisane prema tome da li se ostvaruju s prihodne ili rashodne strane zdravstvenog sistema.

3.1. FISKALNI PROSTOR ZA POVEĆANJE PRIHODA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

U kontekstu unapređenja fiskalne održivosti zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini imperativ bi trebao biti na reduciranju i većoj efikasnosti rashodne strane zdravstvenih budžeta. Ipak, dobro je znati da postoji čitav niz potencijalnih mjera s kojima se mogu ojačati prihodi zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova. Otuda se u ovom dijelu studije nastoji ukazati na fiskalni prostor u okviru kojeg bi se mogla osnažiti prihodovna strana zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini.

3.1.1. Oslobođanje sredstava po osnovu nižih stopa PDV-a

U ukupnim troškovima u zdravstva BiH sadržani su i troškovi po osnovu uplaćenog PDV-a po jedinstvenoj stopi od 17%. Primjera radi, u Federaciji BiH u 2020. godini je po osnovu PDV-a sektor zdravstva uplatio iznos od 137,1 mil. KM. Od ovog iznosa 37,3 mil. KM su uplatili kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja, 15,3 mil. KM Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja i 84,4 mil. KM javne i privatne zdravstvene ustanove.

Na grafiku ispod napravljena je komparativna analiza stope PDV-a na farmaceutske proizvode u BiH sa zemljama članicama EU i zemljama regije. Možemo vidjeti da, sa izuzetkom Danske, Bugarske i Njemačke, sve zemlje praktično primjenjuju diferenciranu stopu PDV-a, kao i da je ista niža na farmaceutske proizvode. Ovo se naravno odnosi na farmaceutske proizvode koji se izdaju na recept, odnosno farmaceutske proizvode koji se refundiraju. Ove niže stope u pravilu su 10% ili niže. U nekoliko slučajeva (Švedska, Irska, Malta) ove stope su svedene na 0%.

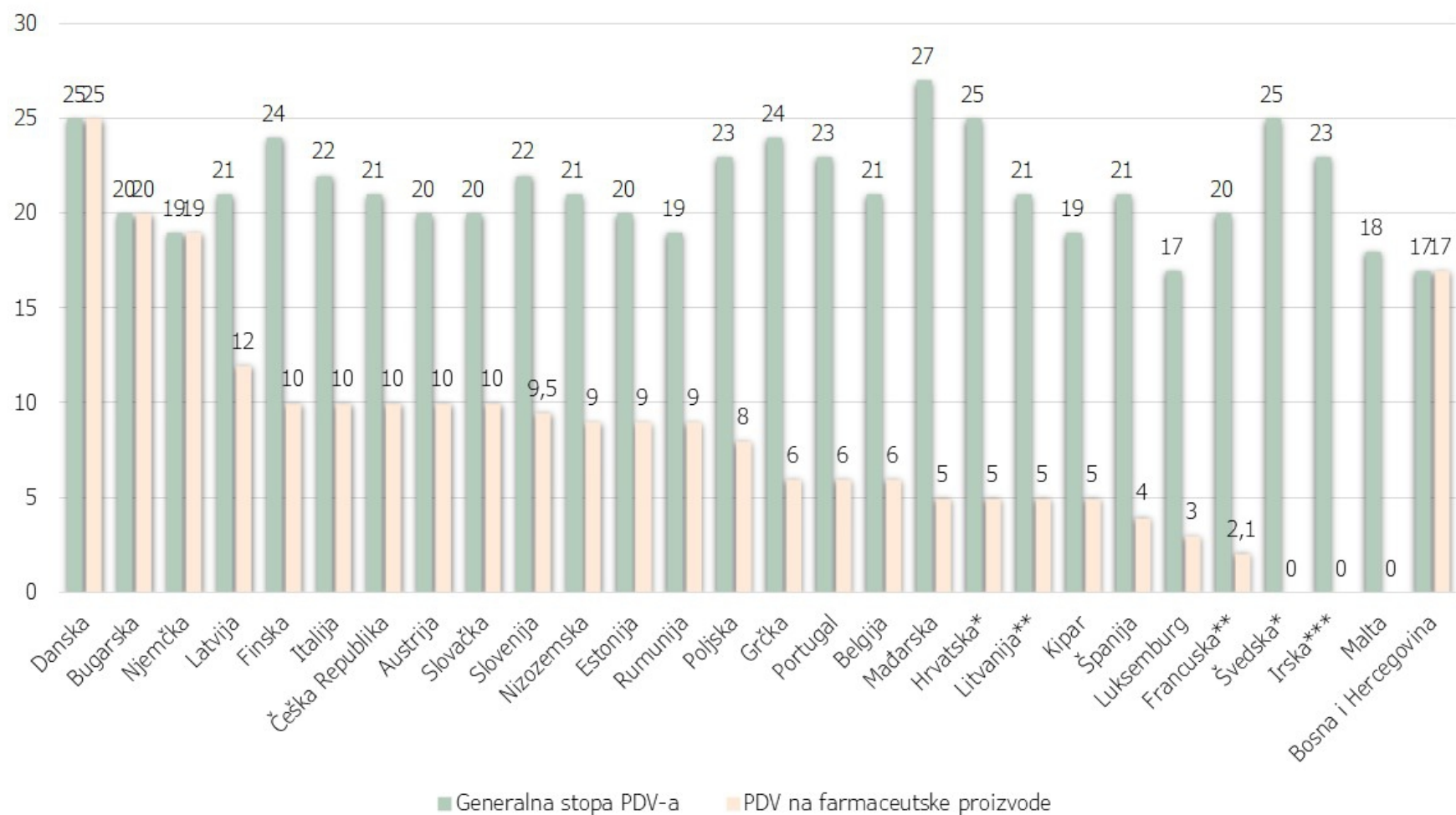
Prema Globalnoj studiji o opterećenju bolesti iz 2019. godine, karcinomi su bili glavni uzrok smrti među onima u dobi od 30 do 64 godine (IHME, 2019). Procijenjeno je da se preko 28% smrtnih slučajeva može pripisati visokom sistolnom krvnom tlaku, 26% pušenju i približno 24% hiperglikemiji (IHME, 2019). Hipertenzija i metabolički faktori rizika kao što je visok šećer u krvi vjerovatno su povezani s nezdravim ponašanjem, kao što su pušenje, nezdrava prehrana i nedostatak fizičke aktivnosti.

U Tabeli ispod je na osnovu podataka Međunarodnog fonda za istraživanje raka napravljena analiza indikatora učestalosti i smrtnosti od raka na 100 hiljada stanovnika na kraju 2022. godine. Možemo uočiti da mnoge zemlje imaju više vrijednosti indikatora učestalost raka. Međutim, ukoliko podatke o smrtnosti stavimo u odnos na učestalost (posljednja kolona u tabeli), kao indirektnu mjeru kvaliteta zdravstvenog sistema, vidimo da BiH bilježi lošiji rezultat u odnosu na sve analizirane zemlje.

Tabela 9. Učestalost vs. smrtnost od raka (na 100 hilj. stanovnika, 2022.)

Ukoliko bi se u BiH usvojilo slično rješenje sa značajnim smanjenjem stope PDV-a ili uvođenjem nulte stope PDV-a za posebno skupa medicinska pomagala i skupe lijekove, npr. lijekove iz programa federalnog fonda solidarnosti, od čega posebno citostatika kao i drugih skupih lijekova, time bi se uštedila značajna sredstva koja bi se mogla usmjeriti npr. na smanjenje listi čekanja ili na neke druge programe zdravstvene zaštite.

Grafikon 12. Stope PDV-a na farmaceutske proizvode u zemljama EU



* Farmaceutski proizvodi na recept

** Farmaceutski proizvodi koji se refundiraju

*** Farmaceutski proizvodi za oralnu upotrebu

Izvor: Evropska Komisija 2022.

Tabela 10. Procjena ušteta u slučaju diferencirane stope PDV-a; FBiH; različite varijante

| | Iznos sa PDV-om | Iznos bez PDV-a (opcija 1) | Iznos bez PDV-a (opcija 2) | Iznos bez PDV-a (opcija 3) | Iznos bez PDV-a (opcija 4) |
|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Lijekovi na recept (1) | 222.561.813 | 190.223.772 | 190.223.772 | 190.223.772 | 203.539.436 |
| Komercijalni lijekovi u apotekama (2) | 228.738.316 | 195.502.834 | 228.738.316 | 228.738.316 | 228.738.316 |
| Lijekovi u zdravstvenim ustanovama (3) | 158.007.642 | 135.049.267 | 135.049.267 | 135.049.267 | 144.502.715 |
| Ukupno troškovi lijekova (1+2+3) | 609.307.771 | 520.775.873 | 554.011.354 | 554.011.354 | 576.780.467 |
| Sanitetski i ostali medicinski material | 160.284.820 | 136.995.573 | 136.995.573 | 160.284.820 | 160.284.820 |
| Troškovi lijekova + troškovi snitetskog mat. | 769.592.591 | 657.771.445 | 691.006.927 | 714.296.174 | 737.065.287 |
| Iznos PDV-a | 111.821.146 | 0 | 33.235.482 | 56.524.729 | 79.293.842 |
| Ušteta prema varijantama | | 111.821.146 | 78.585.664 | 55.296.417 | 32.527.304 |

Izvor: Vlastiti izračuni prema podacima Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja

U tabeli iznad predstavljeni su izračuni uštede na nivou FBiH u slučaju da se implementira neka od četiri opcije:

Opcija 1: 0% PDV na sve lijekove; 0% PDV na sanitetski i ostali medicinski materijal

Opcija 2: 0% PDV na sve lijekove; 17% PDV na sanitetski i ostali medicinski materijal

Opcija 3: 0% PDV na lijekove na recept i lijekove u zdravstvenim ustanovama; 17% PDV na komercijalne lijekove i sanitetski i ostali medicinski materijal

Opcija 4: 7% PDV na lijekove na recept i lijekove u zdravstvenim ustanovama; 17% PDV na komercijalne lijekove u apotekama i ostali medicinski materijal

Kao što možemo vidjeti, iznosi ušteta na godišnjem nivou kreću se od 111 miliona KM u slučaju Opcije 1, do 32 miliona KM u slučaju opcije 4.

3.1.2. Transparentnost i dostupnost sredstava iz budžeta

U ukupnim prihodima zavoda zdravstvenog osiguranja u BiH, najveće učešće imaju prihodi od doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, a unutar njih prihodi od doprinosa zaposlenih. S tim u vezi, povećanje broja zaposlenih i rast prosječne plaće je u postojećim okolnostima bitan preduslov za unapređenje sistema zdravstvene zaštite na temelju povećanja obima i kvaliteta zdravstvenih usluga za koje smo konstatovali da nisu na zadovoljavajućem nivou.

Jedna od bitnih karakteristika tržišta rada u BiH je dosta visoka nezaposlenost i neaktivnost stanovništva - administrativne stope nezaposlenosti, iako kontinuirano opadaju, su još uvijek više od 30 posto. Broj zaposlenih u BiH u posljednjih deset godina (2011-2021.) povećan je za oko 130 hiljada (sa 675 na 804 hiljade zaposlenih), što predstavlja godišnji rast od 2,1%. U istom periodu prosječna neto plaća se povećala 826 na 998 KM – prosječna godišnja stopa rasta od 2,3%. U skladu sa ovim trendovima, rasli su i prihodi od doprinosa zaposlenih. Ipak treba primijetiti da je ukupan fond isplaćenih plaća zaposlenih rastao sporije u odnosu na rast ukupne ekonomske aktivnosti, mjerene ostvarenom dodanom vrijednošću ekonomije. Otuda je i učešće sredstava zaposlenih u BDP-u BiH smanjeno sa skoro 60% na 54% (pogledati grafikon ispod).

Grafikon 13. Učešće sredstava zaposlenih u ukupnoj dodanoj vrijednosti; BiH; 2008-21.



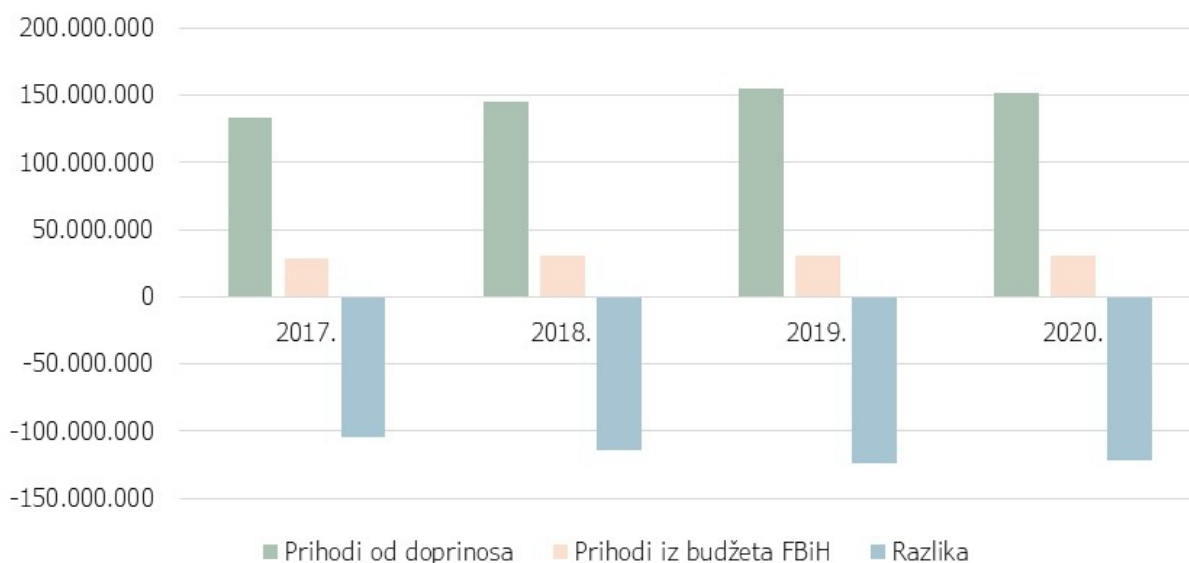
Izvor: Vlastiti izračun na bazi podataka Agencije za statistiku BiH

Drugim riječima, da su sredstva za sektor zdravstva u analiziranom periodu alimentirana na neki drugi način (npr. iz budžeta), odnosno iz izvora koji više korelira sa rastom BDP-a, sektoru bi na raspolaganju bio osjetno viši iznos sredstava. Ovo govori u prilog argumentu da se javna sredstva za zdravstvo na godišnjem nivou, pored doprinosa, dopunjavaju budžetskim sredstvima.

Na tragu ovog rješenja je Fond solidarnosti FBiH. Isti je formiran u cilju ostvarivanja jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za određene prioritetne vertikalne programe zdravstvene zaštite od interesa za FBiH, kao i za pružanje prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti. Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju (Član 82), sredstva za fond solidarnosti osiguravaju se iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Ono što kreira neku vrstu neizvjesnosti u sistemu jeste rješenje iz istog člana Zakona koje navodi da Vlada Federacije, na prijedlog federalnog ministra, za svaku kalendarsku godinu, posebnom odlukom utvrđuje procenat izdvajanja sredstava od ukupnih prihoda ostvarenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, u federalni fond solidarnosti – prema odluci Vlade FBiH, u 2023. navedeni procenat iznosi 10,2% i nije se mijenjao u odnosu na prethodnu godinu.

U istom članu se dalje navodi da će se isti iznos sredstava obezbijediti se iz Budžeta Federacije. Međutim, ukoliko pogledamo podatke za 2020. vidimo da ovaj član zakona nije ispoštovan u potpunosti (pogledati grafikon ispod).

Grafikon 14. Prihodi fonda solidarnosti FBiH; 2017-2020.



Izvor: Godišnji izvještaji o izvršenju finansijskog plana ZZOiR FBiH

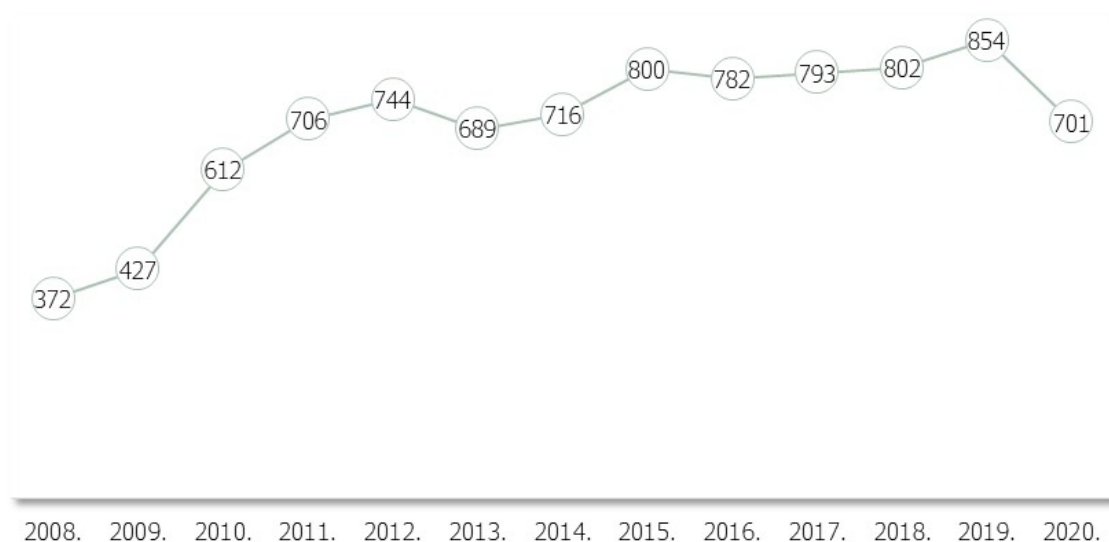
Prema prezentiranim podacima vidimo da su sredstva na ime doprinosa koja se uplaćuju u Fond solidarnosti kontinuirano rasti i da su prešla iznos od 150 mil. KM. U isto vrijeme Vlada FBiH iz budžeta u Fond solidarnosti konstantno uplaćuje iznos od oko 30 mil. KM. Manje od 20% iznosa kojeg je obavezna uplatiti. Godišnji gubici prihoda fonda po ovom osnovu su veći od 120 mil. KM. U analiziranom periodu 2017-2020. gubici prihoda po povom osnovu iznosili su 465 miliona KM.

3.1.3. Prihodi od akciza

Za alimentiranje dodatnih prihoda u fondove zdravstvenog osiguranja, širom svijeta koristi se i dio prikupljenog posebnog poreza (akcize) na duhanske prerađevine u svojstvu tzv. poreza na grijeh (Cashin, 2017). Generalno, smatra se da su troškovi liječenja pušača mnogo veći u odnosu na nepušaće, otuda bi se za potrebe finansiranja zdravstvenog sistema tražao koristiti (barem dio) finansijske koristi koje država ostvaruje od poreza na duhan.

Prema zakonu o akcizama BiH, na cigarete se plaća proporcionalna akciza, po stopi od 42 % na maloprodajnu cijenu cigareta i posebna (specifična) fiksna akciza³¹ u iznosu od 1,65 KM za pakovanje od 20 komada cigareta, odnosno akciza na duhan za pušenje u iznosu od 134,00 KM / kg. Na grafikonu ispod može se vidjeti akcize na cigarete predstavljaju značajan potencijalni izvor dodatnih sredstava obzirom da se po ovom osnovu na godišnjem nivou prikupi između 700 i 800 mil. KM, ili oko 25% ukupno raspoloživih sredstava u sektoru zdravstva na godišnjem nivou. Ovakvo rješenje je usvojeno u mnogim zemljama. Primjera radi, u Hrvatskoj je Zakonom o zdravstvenom osiguranju propisano da 32% posebnog poreza na duhan pripada zavodu zdravstvenog osiguranja.

Grafikon 15. Prihodi od akciza na cigarete; 2008-2020.



Izvor: Uprava za indirektno oporezivanje BiH

Pored akciza na duhan i duhanske prerađevine, takođe se može razmotriti i uključivanje drugih akciza kao što su one na pivo, alkoholna ili zaslađena bezalkoholna pića.³² Prema Zakonu o akcizama, na bezalkoholna pića se plaća akciza u iznosu od 0,10 KM po litru. Akciza na pivo je 0,20 KM po litru, na vino 0,25 KM po litru. Za alkohol, alkoholna pića i voćnu prirodnu rakiju akciza se plaća po litru apsolutnog alkohola, i to za alkohol 15,00 KM, alkoholna pića 15,00 KM i voćnu prirodnu rakija 8,00 KM. Ukoliko analiziramo period 2015-2022. ukopno se na godišnjem nivou po osnovu akciza na strane i domaće proizvode prikupljalo između 1,4 i 1,6 mlrd. KM što je približno jednako polovini ukupno raspoloživih sredstava u zdravstvu.

³¹ Čiji iznos za svaku godinu određuje Upravni odbor UIO.

³² Prema Zakonu o akcizama u BiH, proizvodi koji podliježu oporezivanju akcizom su: naftni derivati, duhanske prerađevine, bezalkoholna pića, alkohol, alkoholna pića i voćna prirodna rakija, pivo i vino, kafa, biogoriva i biotečnosti.

Ove kategorije poreza su interesantne obzirom da mogu donekle ublažiti tenziju između predstojećeg povećanja rashoda za zdravstvo i nužnosti očuvanja političkog diskursa o fiskalnoj odgovornosti. Uvođenje novih ili povećanje poreskih stopa u slučaju postojećih poreza na grijeh trebalo bi vezati, prije svega, uz smanjenje štetnog ponašanja za zdravlje, a time i indirektno smanjenje troškova liječenja (od pušenja, alkoholizma, pretilosti itd.). S obzirom da se akcize uvode primarno s ciljem smanjenja negativnih eksternalija, na ovaj način prikupljenih prihodi ne bi trebali biti veći od štete, tj. troškova povezanih sa štetnim ponašanjem koje se njihovim uvođenjem nastoji sankcionirati.

3.1.4. Usklađivanje osnovica i stopa doprinosa (u FBiH)

U kontesktu ublažavanja regionalnih razlika (kantoni u FBiH) u pristupu i kvaliteti zdravstvene zaštite od izuzetno je značaja usklađivanje osnovica i stopa doprinosa između kantona. Naime, osnovice i stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje razlikuju se po kantonima za skoro sve kategoriju osiguranika, osim za zaposlene kod poslodavaca.

Zakonom o doprinosima u FBiH, osnovice i stope doprinosa za zaposlene kod poslodavaca su utvrđene jedinstveno za Federaciju BiH. Po ovom zakonu doprinos za zdravstveno osiguranje obračunava se na bruto plaću zaposlenika po stopi od 16,5% (12,5% na teret zaposlenika i 4% na teret poslodavca). Doprinos za zdravstveno osiguranje penzionera uplaćuje Federalni zavod PIO po stopi od 1,2% na iznos isplaćene penzije. Za sve ostale kategorije osiguranika utvrđivanje osnovice i stope doprinosa je u nadležnosti kantonalnih vlasti. Zbog nedostatka koordinacije, ove osnovice i stope različito utvrđene između kantona.

Doprinos za nezaposlene prijavljene kod službi za zapošljavanje se po kantonima obračunava na različit način, što je detaljno prikazano u tabeli u prilogu. Za ovo je teško naći opravdanje imajući u vidu da se sredstva koja ostvaruju kantonalni zavod za zapošljavanje osiguravaju iz doprinosa za osiguranje nezaposlenosti pod jednakim uslovima jer se obračun doprinosa za nezaposlene vrši po istoj stopi na plaću zaposlenih kod poslodavaca.

Osnovice i stope doprinosa za ostale kategorije osiguranika su, takođe, neujednačene, a utvrđivane su prema politici svakog kantona u zavisnosti od stvarnog stanja u pojedinim kantonima u pogledu veličine populacije, odnosno učešća pojedinih kategorija osiguranika i članova njihovih porodica u ukupnoj strukturi osiguranih osoba, broja zaposlenih i visine plaća, kao i drugih faktora kojima se mjeri ekonomska snaga kantona, odnosno kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i potrebnih sredstava za zdravstvenu zaštitu.

Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava propisana je obveza za nadležne organe vlasti u kantonima da usaglase minimalne osnovice i stope doprinosa za zdravstveno osiguranje za one kategorije osiguranika koje su u nadležnosti zakonodavnih tijela kantona. Iz prezentiranih podataka je vidljivo da do kraja 2020. godine stope i osnovice nisu usklađene.

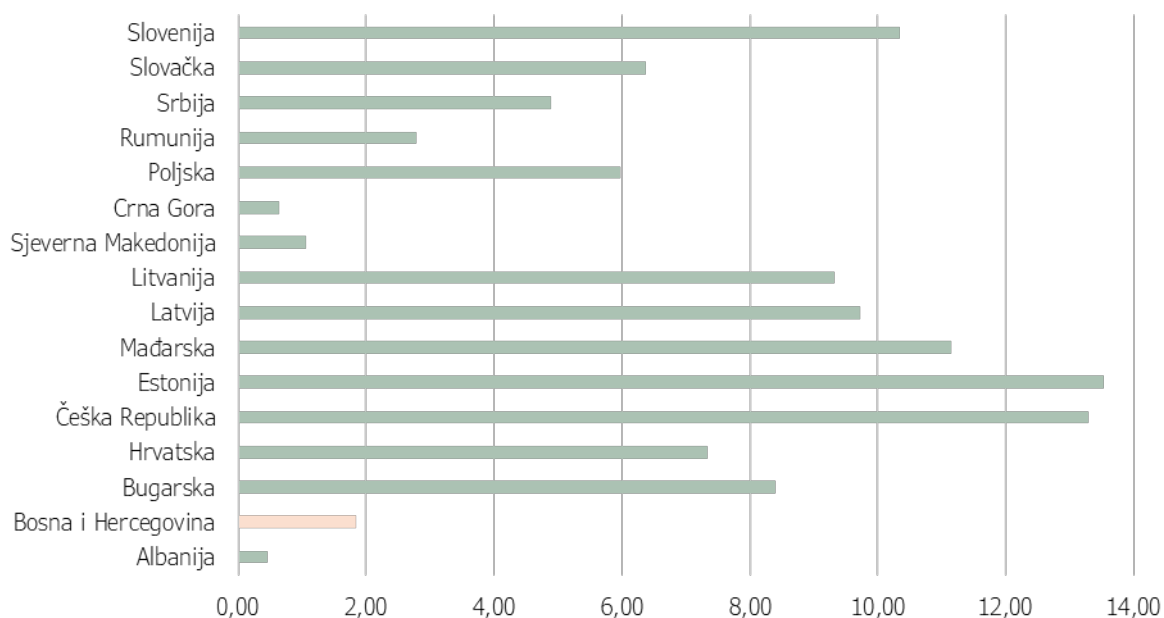
3.1.5. Povećanje vlastitih prihoda kroz učešće u kliničkim ispitivanjima

Problem ograničenih izvora finansiranja dijelom je moguće prevazići povećanjem vlastitih prihoda zdravstvenih ustanova. Kao jedan od ovih izvora navode se klinička ispitivanja ili studije. Sponzori ovih istraživanja su najčešće kompanije iz farmaceutske industrije i kompanije proizvođači medicinskih proizvoda. Ulaganja u istraživanje i razvoj u farmaceutskoj industriji u 2018. godini iznosila su više od 36 mlrd. eura samo u Europi. Taj iznos je dvostruko veći nego početkom 2000-tih, a peterostruko veći nego početkom 1990-tih (EPFIA, 2020).

Bosna i Hercegovina, slično kao i druge zemlje regije, zaostaje po broju kliničkih ispitivanja u odnosu na zemlje (nove) članice EU. Na grafikonu ispod prikazan je broj aktivnih kliničkih ispitivanja na 100.000 stanovnika.

Bosna i Hercegovina, slično kao i druge zemlje regije, zaostaje po broju kliničkih ispitivanja u odnosu na zemlje (nove) članice EU. Na grafikonu ispod prikazan je broj aktivnih kliničkih ispitivanja na 100.000 stanovnika.

Grafikon 16. Broj aktivnih kliničkih ispitivanja na 100.000 stanovnika (februar 2023.)



Izvor: obrada autora na temelju ClinicalTrials.gov (2023).

Iz grafikona je vidljivo da Bosna i Hercegovina ima osjetno manje kliničkih ispitivanja po stanovniku od zemalja novih članica EU, ali i od nekih susjednih zemalja kao što Srbija.

Ukupna izdvajanja za istraživanje i razvoj u BiH su generalno niska. U 2021. godini iznosila su ukupno 74,5 miliona KM. Interesantno je da su od ovog iznosa izdvajanja za istraživanje i razvoj u medizinskim i zdravstvenim naukama iznosila svega 2,38 miliona KM. Izdvajanja poslovnog sektora iznosila su 1,09 miliona KM, izdvajanja državnog sektora 0,58 mil. KM, a izdvajanja sektora visokog obrazovanja 0,7 mil. KM (ASBiH, 2022).

3.2. REALOKACIJA RASHODA I POVEĆANJE EFIKASNOSTI ZDRAVSTVA

U prvom dijelu studije su naznačeni obrasci, struktura i nivo potrošnje na zdravstvo u BiH, sa jasnim zaključkom da Bosna i Hercegovina ima pogubnu kombinaciju visokih relativnih izdataka za zdravstvo i vrlo niskog kvantiteta i kvaliteta zdravstvenih usluga. Preciznije, riječ je o kombinaciji niskog stepena razvoja, odnosno niskog BDP-a, gdje se na skromnu osnovicu izdvaja značajan procenat, oko 9% BDP-a³³, te neefikasnosti u korištenju izdvojenih sredstava.

Kada se te varijable stave u makro fiskalni okvir javnih finansija BiH, jasno je da je i postojeće, nezadovoljavajuće, rezultate zdravstvenog sektora sve teže i teže finansirati svim nivoima vlasti u BiH.

Principijelno, evidentno je da rastući jedinični troškovi zdravstvenih usluga i povećane tražnje stanovništva za njima, s jedne strane, te ograničeni fiskalni resursi sa druge strane, već sada predstavljaju debalans koji je nerješiv zadatak vladama širom svijeta. U prijevodu, **postojeći sistemi i pristupi već sada ne mogu adekvatno odgovoriti na trenutne, a posebice ne na nadolazeće izazove** (npr. eksterni poremećaji kao covid-19 pandemija, starenje globalne populacije i sl.), te da je neophodno pažnju i sredstva usmjeriti na inovativne pristupe i tehnologije u optimizaciji upotrebe ograničenih resursa.

U tom kontekstu je ovaj segment fokusiran na principijelne zadatke koje u tom pravcu treba da ponesu organizacioni, upravljački i logistički segmenti zdravstvenog sektora u BiH.

3.2.1. Nivo izdataka

Prva zablude koja dominira javnim raspravama u vezi rashoda u zdravstvu jeste da je neophodno rezanje njihovih iznosa, smanjivanje programa, ukidanje institucija i sl. Takav pristup nema opravdanja niti u ekonomskoj teoriji (pogledati Culyer, 1976. i Matthew, 1971.), niti u iskustvima uporedivih zemalja (Aaron i Ginsburg, 2009). Suština je, naravno, u promjeni paradigme, gdje ishodi uz mjerenje performansi i rezultata dolaze na prvo mjesto, a tek onda se razmatraju finansijski efekti neophodnih promjena. Drugim riječima, treba biti vrlo obazriv u pristupu rashodovnoj strani zdravstvenog sistema i ponovo insistirati na inovativnosti umjesto dogmatskog pristupa.

S druge strane podjednako je tačno da prosto povećavanje zdravstvene potrošnje ne mora i vjerovatno i neće dovesti do boljih zdravstvenih učinaka, te da je upravo ključno pravilno odrediti na koje stavke su izdaci alocirani i kako se implementiraju.

Stoga su u pristupu ovoj grupi izazova u zdravstvu BiH, centralno mjesto zauzela razmatranja u pogledu efikasnosti. To ne znači i principijelno favorizovanje ovog postulata u odnosu na druge koji određuju uspješno funkcionisanje i dizajn zdravstvenog sistema (npr. jednakost, univerzalan pristup i sl.), već naprosto se postavlja kao prvi u redu neizostavnih koraka sa čijim kompletiranjem i ostali principi i ishodi dobijaju mnogo više vjerovatnoću za ispunjavanje.

Prema PWC (2019), zemlje centralne i istočne Evrope zaostaju u izdacima na zdravstvo u odnosu na najrazvijenije evropske zemlje, što je povezano sa lošijim zdravstvenim ishodima, a u konačnici, naravno i nižim nivoom ekonomskog rasta i razvoja.

³³ Naravno, kako je i navedeno, za puno razumijevanje ovog odnosa je potrebno uključiti i dinamiku u kretanjima stopa rasta BDP-a i stopa rasta različitih dimenzija ulaganja u zdravstvo.

Na sličnom tragu su i rezultati o p/c zdravstvenoj potrošnji u BiH, naročito imajući u vidu vrlo nisku investicionu komponentu zdravstvene potrošnje.

Niski i nedovoljni, ponekad i nepostojeći investicioni izdaci za bolničke i ambulantne kapacitete, opremu, tehnologije i tretmane, u srednjem i dugom roku naprosto obesmišljavaju suštinu zdravstvene potrošnje čineći je neodrživom zbog nižih ishoda, naročito u svjetlu povećanja prevalence hroničnih bolesti i iznenadnih izazova zdravstvenom sistemu (kao što su, nažalost, bolno demonstrirali rezultati borbe protiv covid-19 pandemije u našoj zemlji), te viših izdvajanja na ime privatne zdravstvene potrošnje i posljedično višeg nivoa siromaštva i nižih stopa rasta BDP-a.

OECD (2008 i 2017) nalazi upućuju na slične zaključke. Očekivani životni vijek OECD zemalja bi se mogao produžiti za najmanje dvije godine pri tekućem nivou zdravstvene potrošnje ukoliko bi sve zemlje podigle efikasnost na nivo najefikasnijih zemalja grupacije. Također, 10% pacijenata u OECD zemljama bude povrijeđeno ili na drugi način oštećenog zdravlja zbog pogrešnog ili neadekvatnog tretmana i njege, dok se 10% bolničkih troškova usmjerava za korekciju medicinskih grešaka koje su se mogle izbjeći, ili za tretman infekcija dobivenih u bolnicama. U pogledu efikasnosti, zapanjujući je podatak da do 20% zdravstvene potrošnje ima mali ili nikakav uticaj na poboljšanje javnog zdravlja i zdravstva.

To su ujedno i dobre, i loše vijesti za zemlje na nižim nivoima dohotka kao BiH. Naime, izvjesno je da su statističke vrijednosti svih spomenutih pokazatelja i lošije u slučaju zdravstvenog sistema u BiH, dok s druge strane to znači da je prostor za unaprjeđenje u manje razvijenim zemljama veći u odnosu na OECD grupaciju, te da bi adekvatne reforme imale i snažniji multiplikativni efekat.

Upravo je izazov efikasne kvantifikacije, statističke osnove i aparatusa za mjerenje uporedivih pokazatelja i kreiranja neophodnih indikatora u osnovi izazova poboljšanja efikasnosti rashodovne strane, ali i ostalih dimenzija zdravstva. Bez jasnih i utemeljenih pokazatelja trenutnog stanja, te mogućnosti njihovog poređenja kroz vrijeme, ali i sa drugim sistemima, praktično je nemoguće efikasnost konkretizovati i pretvoriti u jasne mjere i politike.

Stoga je neizostavno se osvrnuti na par važnih koncepata koji trenutno dominiraju u naučnim i praktičnim raspravama i praksama modernih zdravstvenih sistema, te ih približiti situaciji i stakeholderima u BiH, naročito ključnim donosiocima odluka.

3.2.2. Mjerenje performansi i kvalitet zdravstvenog sistema

Nakon što smo utvrdili da poboljšanje efikasnosti nije jednako prostom rezanju troškova, te da je bitno da se reduciraju, ili ukinu isključivo nepotrebni postojeći troškovi, te sredstva preusmjere na dijelove i učesnike sistema koji generišu dodatnu i višu vrijednost, tada se identifikacija neproaktivnih i produktivnih sektora i učesnika nameće kao početni korak.

Međutim, definisati produktivnost u zdravstvenom sektoru, standardizovati je i adekvatno mjeriti je vrlo zahtjevan poduhvat koji zahtijeva barem tri velike promjene u odnosu na dosadašnji pristup:

1. Zaokret pristupa baziranog na inputima na fokus na ishode ili učinke;
2. Utvrđivanje referentnih vrijednosti i standardizovanih pokazatelja i njihovih vrijednosti;
3. Fokus na kvalitet a ne samo kvantitet.

Gotovo sva postojeća mjerenja su fokusirana na inpute i kvantitativne ishode, standardizaciju procesa zdravstvene njege, te su rasparčana prema vrstama bolesti i zdravstvenim institucijama, bez sagledavanja velike slike - zdravstvenog sistema u cjelini i potreba javnog zdravlja.

Kao i na mnogo mjesta do sada, ističemo da puko odbacivanje ovih indikatora, ili prosta zamjena nekim drugim izolovanim pokazateljima nije pravi izbor za poboljšanje kvaliteta zdravstvenog sistema.

Pravovremena i adekvatna statistika inputa će uvijek ostati sine qua non upravljanja zdravstvenim institucijama i logističkog dijela zdravstvenog sistema. Stanje zaliha, opreme, osoblja, kapaciteta zdravstvene zaštite i sl. su neizostavne informacije za evaluaciju prošlih i planiranje budućih odluka. Međutim, istraživanja indiciraju slabu vezu između inputa i kompetencija njege (Leslie, Sun i Kruk, 2017), npr. kroz kontrast brojnosti i motivacije osoblja, te čuveni problem jaza u znanju i radu (tzv. know - do gap), (Leonard i Masatu, 2010; ili Mohanan, Vera-Hernandez, Das V, et al., 2015).

S druge strane, kodifikacija i mjerenje procesa i njihovo povezivanje sa ustaljenim indikatorima ishoda (smrtnost, životni vijek i sl.) također ostaju nezaobilazni dio mozaika kvalitete zdravstvenog sistema i njege, ali ne mogu biti jedini njihovi pokazatelji. Štaviše, prekomjerna pažnja koja se, naročito u nekim OECD zemljama, poklanja mjerenju ispunjavanja propisanih procedura (npr. iz pravnih i parničnih razloga), često zahtijeva angažovanje značajnih dodatnih resursa koje zdravstveni sistem objektivno ne može priuštiti za alokaciju u administrativne svrhe. Na isti način se može objašnjavati i fokusiranje na mjere, a ne namjere u tretmanu i pristupu pacijentima.

Slično, postojeći standardizovani indikatori ishoda se mogu i trebaju proširiti i dopuniti sa uključivanjem korisnika zdravstvenog sistema aktivno u proces njihovog definisanja i mjerenja. Mjerenje dakle treba uključivati i elemente koji su od velike vrijednosti za pacijente; na primjer, oni bi trebali uključivati ne samo zdravstvene ishode kao što je preživljavanje, već i funkcionalnost, bol i procese kao što je tretman s poštovanjem i sl. (Kruk et.al., 2018).

Također, promjena paradigme mora biti i u smislu **promjene težišta sa kvantiteta ključnih varijabli u zdravstvenom sektoru na njegov kvalitet**. Na tom putu, ukoliko se žele izbjeći greške iz prošlosti, ne postoje jednostavna rješenja niti prečice. Gotovo svi bitni indikatori kvalitete nisu jednodimenzionalni - najčešće su to složeni konstrukti niza kvantitativnih i tzv. neopipljivih varijabli, te zahtijevaju adekvatno razumijevanje svrhe i mjesta u cjelokupnom procesu mjerenja i njihove pojedinačne i zbirne važnosti za zdravstveni sistem.

Jedini način da bi se identifikovali (ne)produktivni učesnici u zdravstvenom sistemu jeste utvrđivanje standardnih tj. poželjnih vrijednosti u odnosu na koje bi se trebali mjeriti i ravnati svi pojedinačni učesnici, zatim sektori, te sistem u cjelini.

Problemi u pogledu nepostojanja statističke osnove, pouzdanih i uporedivih vremenskih serija za osnovne pokazatelje u zdravstvenom sektoru, prirodno otežava ili onemogućava napore u mjerenju, kvantifikaciji i komparaciji unutar pojedinačnih institucija i učesnika, ali i zdravstvenog sistema u cjelini i poređenja sa drugim zdravstvenim sistemima.

Standardizacija u pogledu definicija, metodologije mjerenja i objavljivanja podataka kroz uporediva područja kao npr. regionalnim ili EU obuhvatom, te njihovo transparentno prikupljanje, evaluacija i publikovanje bi bio izuzetno važan korak u pravcu kreiranja adekvatne jedinstvene i uporedive informacione osnove za donošenje kvalitetnijih odluka učesnicima u sistemu, npr. vladama I pacijentima.

Potom se, u skladu sa Docteur i Oxley (2003), fokus može prebaciti, na adekvatno mjerenje performansi sistema uz mikroekonomski pristup održivosti različitih segmenata zdravstvenog sistema.

Prema Kruk et.al. (2018) dvije glavne svrhe uvođenja mjerenje kvaliteta zdravstvenog sistema su:

- a) Jasna identifikacija odgovornost i doprinosa učesnika;
- b) Omogućavanje efikasnijeg i efektnijeg djelovanja svih učesnika.

Mjerenje odgovornost bi se u ovom kontekstu moglo definisati kao sposobnost utvrđivanja vrijednosti učinka pojedinačnih ili zbirnih učesnika, tj. koliko ko doprinosi ostvarivanju postavljenih ciljeva i pored samog praćenja bi moralo uključivati i kapacitet nadzora. Uvođenje referentnih vrijednosti, geografski ili prema oblastima, grupama pacijenata i sl. bi trebalo dati bolju sliku ostvarenih učinaka u odnosu na uspostavljene referentne vrijednosti.

Pitanje identifikacije odgovornosti i odgovornih učesnika je jako bitno posmatrati kao samo jedan dio koji treba pomoći donosiocima odluka za brže i bolje djelovanje u realnom vremenu, a ne da, kao do sada, bude samo sebi svrha.

Takav pristup koncept odgovornosti postavlja i na širem osnovu kao društvenu odgovornost zdravstvenog sistema.

Tabela 10. Sumira neke od mogućih i ustanovljenih funkcionalnih veza različitih dijelova i učesnika u zdravstvenom sistemu, a koje mogu predstavljati adekvatne platforme za svrsishodno mjerenje, evaluaciju, te donošenje ključnih odluka.

Pristup rezultatima mjerenja od strane svih stakeholdera i njihovo djelovanje potaknuto adekvatnim informacijama je jedini pravi smisao uspostavljanja sistema mjerenja. Informacije koje se mogu primijeniti moraju doći do agenata koji su sposobni i ovlašteni da ih koriste kako bi izvršili promjene u zdravstvenom sistemu (Kruk et.al., 2018).

Tabela 10. Platforme za mjerenja u zdravstvenim sistemima

| | Frekvencija | Nivo prikupljanja | Relevantna subdomena kvaliteta | Najbolje prakse u mjerenju visokokvalitetnih zdravstvenih sistema |
|---|-----------------------------|--|---|--|
| Administrativni podaci (npr. HMIS) | Rutinska | Podaci na individualnom nivou agregirani prema stanju unutar objekata, a zatim po geografskoj jedinici | Stanovništvo (koje potražuje njegu), kompetentna njega i sistem, zdravstveni ishodi | Praćenje učinka ustanove i osoblja; praćenje zdravstvenog stanja na nivou zajednice |
| Elektronski zdravstveni kartoni | Rutinska | Individualni pacijent | Stanovništvo (koje potražuje njegu), kompetentna njega i sistem, zdravstveni ishodi | Obavješćavanje kliničke njege; Praćenje učinka ustanove i osoblja; Praćenje zdravstvenog stanja na nivou zajednice |
| Anketa stanovništva | Periodično ili kontinuirano | Stanovništvo | Stanovništvo (koje potražuje njegu), korisničko iskustvo, odabrani zdravstveni učinci, povjerenje i ekonomske koristi | Predstaviti korisnike i osobe izvan zdravstvenog sistema; Dozvoliti analizu jednakog tretmana za subpopulacije; Izgraditi potencijal za prilagođavanje inovacijama pri mjerenju kao npr. „iskustvo pacijenata“ i „ishode prijavljene od strane pacijenata“ |
| Evaluacija objekata | Periodično ili kontinuirano | Zdravstveni sistem | Radna snaga, oprema, s posmatranjem ili izlazni intervju, kompetentna njega, korisničko iskustvo i povjerenje | Generisati reprezentativnu evaluaciju zdravstvenih sistema za nacionalni i subnacionalni benchmarking, dozvoliti evaluaciju korisničke perspektive |
| Registrowanje pacijenata | Rutinsko | Individualno | Zdravstveni ishod, korisničko iskustvo, povjerenje | Nadgledati iskustvo koje pacijent prijavljuje i mjerenje ishoda kroz vrijeme |
| Matične evidencije | Rutinsko | Stanovništvo | Zdravstveni ishodi | Nadgledati zdravstveno stanje stanovništva; za smjernice za politiku, projekcije i planiranje |

HMIS = informacijski sistem upravljanja zdravstvom

Izvor: (Kruk et.al., 2018)

Rijetko koji sektor u društvu i ekonomiji zahtijeva transparentno objavljivanje i nesmetan pristup relevantnim podacima, kao što je to slučaj sa zdravstvenim sektorom. Naravno, mjerenja, informacije i akcije relevantnih učesnika u sistemu nisu same po sebi dovoljne. Neophodan je i nadzor od strane države, strukovnih i institucionalnih udruženja, kao i neformalnih komplementarnih mehanizama poput medija, civilnog društva, pacijenata i sl.

Čini se da upravo u ovom domenu zdravstveni sistem BiH daje kritično loše rezultate. Nažalost, ne postoje potrebna domaća istraživanja, ali iz relevantne inostrane literature znamo da zaista postoji cijeli niz barijera kada je u pitanju pristup i objavljivanje ključnih podataka, što naravno rezultuje i suboptimalnim djelovanjem učesnika zdravstvenog sistema, od pacijenata, preko medicinskog osoblja do upravljačkih struktura ključnih institucija. Naprimjer, nedostatak informacija može kod pacijenata značajno smanjiti poticaj za preventivne mjere, slično kao što i nepovjerenje u službene podatke može potaknuti neželjena ponašanja kod pacijenata i nepovjerenje u zdravstveni sistem u cjelini. Ponovno su tragično skorašnje iskustvo sa pandemijom Covid-19 u BiH, ili rastuća incidenca antivaxerskog ponašanja kod mladih roditelja, primjeri važnosti ozbiljnog shvatanja ovog problema.

Slično, i medicinsko osoblje koje se ne edukuje kontinuirano i sistematski, često je primarni izvor neadekvatnih procesa u zdravstvu i suboptimalnih ishoda. Naprimjer, globalni porast procedura carskog reza, prolongirani ostanaci pacijenata u bolnicama, neodgovorno propisivanje antibiotika ili sredstava za ublažavanje i kontrolu boli, hijerarhijske norme i strah i nepoštivanje u komunikaciji na relaciji osoblje-pacijent i sl., svoje izraze imaju direktno u lošijim ishodima zdravstvenog sistema.

U obilju strategija, akcionih planova i drugih dokumenata, svoje mjesto bi morali naći i pitanja izgradnje povjerenja građana u zdravstvene institucije i podatke, ali i edukacije građana, kao i svih unutar zdravstvenog sistema. Sankcije neodgovornog ponašanja, ali i nagrade za pojedince i institucije koji ostvaruju natprosječne rezultate, zaštita uzbunjivača i kompenzacije za pretrpljena oštećenja i traume su samo neke od mjera koje bi popunile veliku prazninu koju u ovom smislu ispoljava zdravstveni sistem u BiH (Transparency International, 2019). Međutim, ključna odgovornost je na vladi/ma koje moraju biti kredibilne u vođenju ovih procesa i dosljednom provođenju postojećih normi i sankcija, te poduzetne u kreiranju odgovarajućeg institucionalnog okvira sa državnim tijelom zaduženim za praćenje kvaliteta zdravstvenog sistema, te edukacije javnosti i medicinskog osoblja sa fokusom na stepen korištenja pruženih, a ne količinu proizvedenih informacija.

3.2.3. Jačanje prevencije i primarne zdravstvene zaštite

Od objavljivanja World Development Report (WDR) Svjetske banke, 1993. godine, zdravstveni problemi i izazovi zdravstvenih sistema su privukli posebnu pažnju.

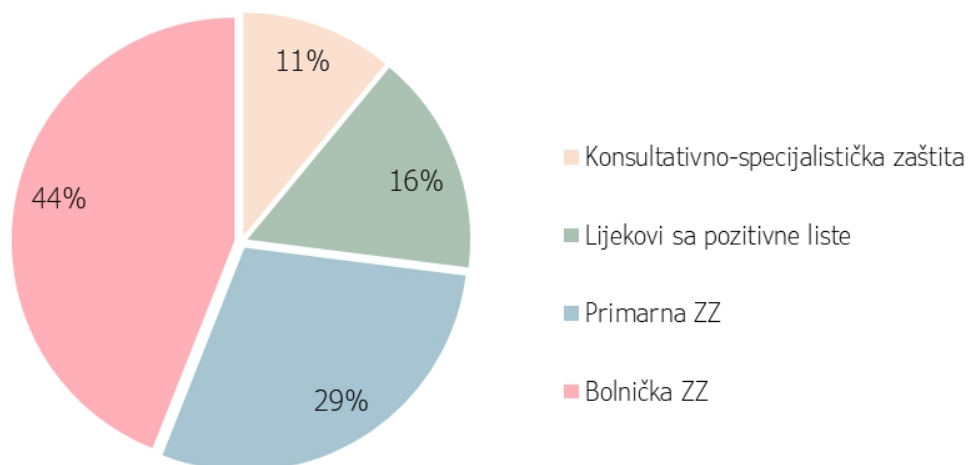
WDR (1993) je predvidio poboljšanje kvaliteta zdravstvene potrošnje kroz targetiranje selektovanih bolesti i procedura, te veću ulogu domaćinstava u prevenciji, dok je posebna pažnja trebala biti poklonjena snaženju konkurencije unutar zdravstvenog sektora, posebno u pogledu usluga i lanaca opskrbe ključnim inputima.

Od tada je cijeli niz istraživanja kroz tri osnovne grupe studija (historijske, mikroekonomske i makroekonomske) iznova potvrđivao zaključak da poboljšanje javnog zdravlja ima direktne ekonomske koristi - npr. Jamison et al. (2005) ih procjenjuju na 11% BDP-a za period od 1970-2000, za zemlje niskog i srednjeg dohotka.

Međutim, ne doprinose svi (pod)sektori zdravstvenog sistema podjednako takvim rezultatima, niti sva ulaganja imaju isti stepen povrata, ili uopšte produktivan karakter. U tom smislu je važno razumjeti koja vrsta mjera i koji (pod)sektori nude najviši potencijal, odnosno koji elementi predstavljaju najviše opterećenje.

U tom smislu je korisno pogledati okvirnu strukturu troškova zdravstvene zaštite u BiH³⁴ ilustrovanu Grafikom 17.

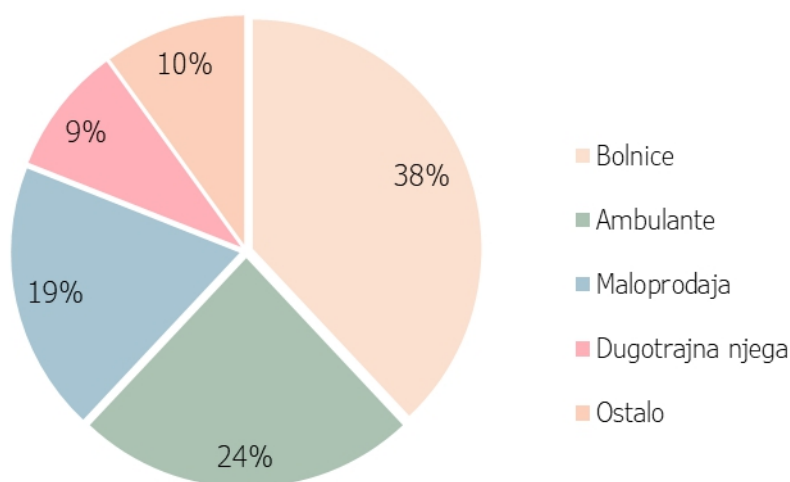
Grafikon 17. Struktura zdravstvene potrošnje 2020, BiH



Izvor: Izračun autora na osnovu podataka ZZO

Komparacije radi, Grafik 18 ilustruje strukturu po uporedivim kategorijama za EU.

Grafikon 18. Struktura rashoda prema pružateljima zdravstvene zaštite u EU u 2017. godini



Izvor: Šimović i Primorac (2021)

³⁴ Podaci su prikupljeni za FBiH jer za RS ne postoje javno dostupni podaci po ovim osnovama, ali uprosječivanjem i aproksimacijom su navedene vrijednosti ustanovljene na približnom nivou dobijenom i za FBiH.

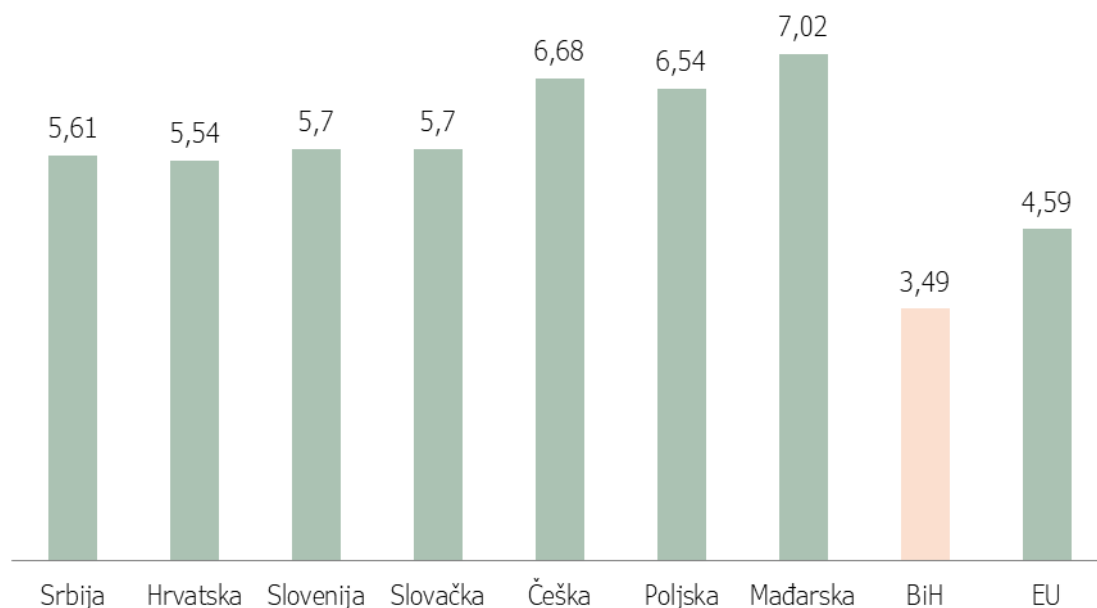
Dakle, u EU, bolnice su osnovni konzument zdravstvene potrošnje sa blizu 40% ukupnih troškova. Pri tome su stacionarna i ambulantna njega najčešće vrste usluga, gdje stacionarna njega dominira sa 71%. Za BiH nažalost nemamo egzaktnih podataka, ali je izgledno da je situacija slična kao i u susjednoj Hrvatskoj gdje je taj procenat ispod 50% (Šimović i Primorac, 2021), dakle daleko ispod prosjeka EU. Drugim riječima, izvjesno je da zapravo hitne službe, laboratorije, ili specijalističke ambulante imaju mnogo značajniju ulogu u našem zdravstvenom sistemu što dovodi do bespotrebnih troškova i njihovog rasta u apsolutnom iznosu.

Po svemu sudeći, to je posljedica nedovoljno razvijenog (ili u slučaju BiH, posljedica slabljenja) sistema primarne zdravstvene zaštite i naročito zanemarivanja segmenta prevencije, gdje bespotrebni ili neadekvatni pregledi, dijagnostika i opterećenje hitnih službi kreiraju dodatne troškove zdravstvene zaštite na bolničkom nivou.

Bosna i Hercegovina ima ograničene resurse zdravstvenog sistema. Iako zemlja ima veliku bolničku mrežu sa ukupno 29 javnih bolnica (18 u Federaciji Bosne i Hercegovine, 10 u Republici Srpskoj i jedna u Brčko Distriktu) i šest specijalizovanih bolnica (Svjetska banka, 2020.), broj bolničkih kreveta na 100 000 stanovnika ostaje ispod prosjeka EU, Evropskog regiona SZO i Jugoistočne Evrope.

Kao dodatak na izneseno, podaci prikazani na Graficima 19 i 20 daju uporedne podatke za kapacitete alocirane u bolničkoj zaštiti, u smislu standardizovanog indikatora broja bolničkih ležajeva na 1000 stanovnika, te broja doktora u BiH i odabranim zdravstvenim sistemima.

Grafikon 19. Broj bolničkih ležajeva na 1000 stanovnika, 2018

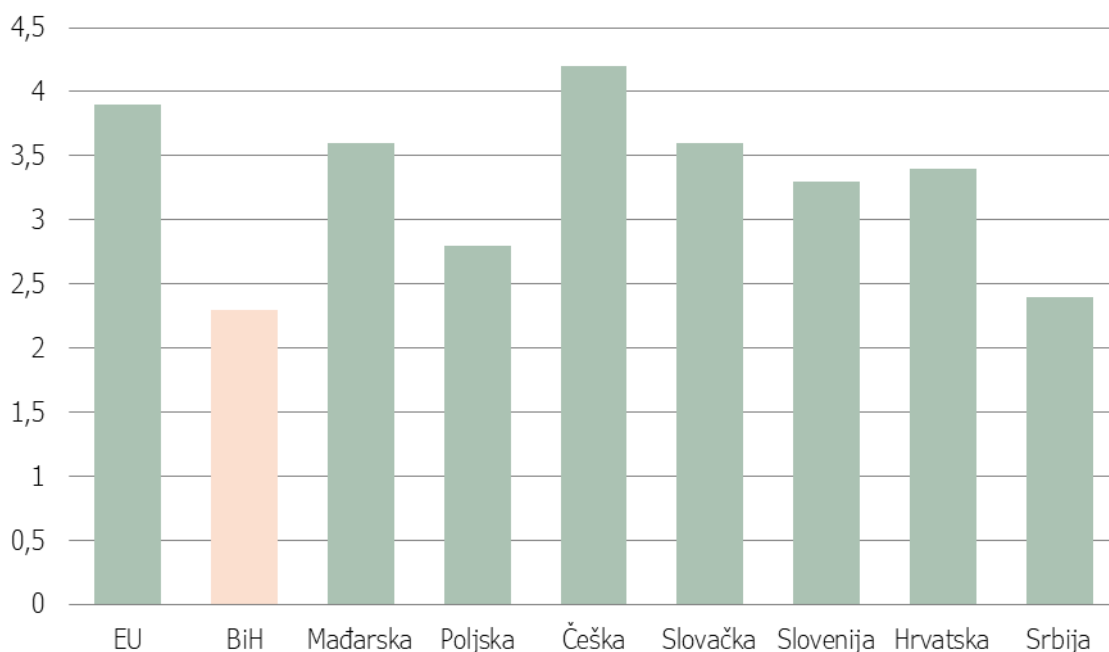


Izvor: Svjetska banka, 2022

*Posljednji podaci za BiH su iz 2014. godine

Dakle, u EU, bolnice su osnovni konzument zdravstvene potrošnje sa blizu 40% ukupnih troškova. Pri tome su stacionarna i ambulantna njega najčešće vrste usluga, gdje stacionarna njega dominira sa 71%. Za BiH nažalost nemamo egzaktnih podataka, ali je izgledno da je situacija slična kao i u susjednoj Hrvatskoj gdje je taj procenat ispod 50% (Šimović i Primorac, 2021), dakle daleko ispod prosjeka EU. Drugim riječima, izvjesno je da zapravo hitne službe, laboratorije, ili specijalističke ambulante imaju mnogo značajniju ulogu u našem

Grafikon 19. Broj bolničkih ležajeva na 1000 stanovnika, 2018



Izvor: Svjetska banka, 2022

Evidentno je da je BiH po oba indikatora značajno ispod EU prosjeka. Broj bolničkih ležajeva na 1000 stanovnika u BiH iznosi 3,49 (što je značajan pad u odnosu na '80 godine prošloga stoljeća kada je on bio blizu 5) u odnosu na 4,59 koliko iznosi prosjek EU.

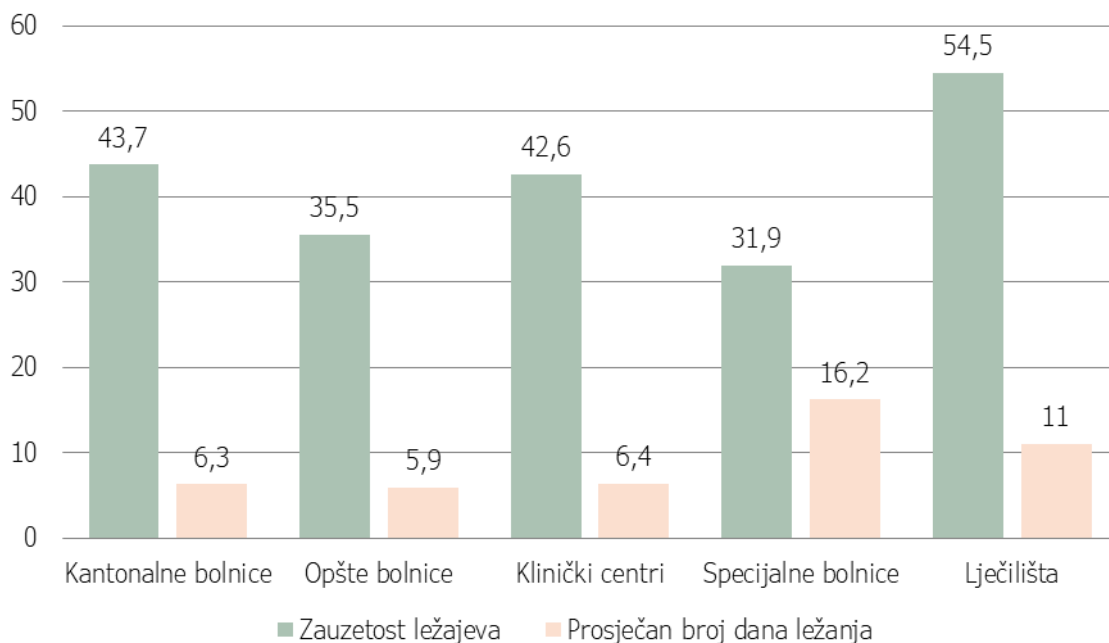
Broj doktora na 1000 stanovnika u BiH iznosi 2,2 naspram 3,9 koliki je prosjek u EU.

Međutim kada se pogledaju ti podaci na operativnoj ravni, tada npr. u Federaciji BiH u 2020. godini prosječna dužina ostanka u bolnicama je iznosila 6,6 dana, a prosječna zauzetost bolničkih ležajeva je iznosila svega 33,8% (ZZJZ FBiH, 2020).

Varijacija postoji i u Republici Srpskoj, gdje se popunjenost kreveta kreće od 51% u Zvorniku do 82% u Kliničkom centru Banja Luka (Svjetska banka, 2020.). Istovremeno, otpust iz bolnice na 100 000 stanovnika postepeno se povećavao između 2008. i 2014. godine, dok se prosječna dužina boravka (ALOS) smanjila u istom periodu.

Grafik 21 detaljnije razrađuje ovaj pokazatelj po vrstama bolničkih ustanova u FBiH.

Grafikon 21. Korištenje bolničkih resursa prema nivoima bolnica u FBiH



Izvor: ZZJZ (2020).

Naravno, bilo bi potrebno dodatno istražiti uzroke ovakvih vrijednosti, te uvažiti anomalije uzrokovano pandemijom covid-19 virusa, ali se osnovanim čini pretpostavka da cjelokupan put pacijenta i primjena adekvatnih dijagnostičkih i kliničkih tretmana su jednostavno neadekvatni i nesinhronizovani, što predstavlja značajan izvor neefikasnosti sistema u cjelini.

Prema preporukama WHO i nalazima brojnih specijalnih komisija iz oblasti zdravstva (npr. Kruk et al., 2019) i posebnim istraživanjima (Sun et al., 2018), upravo kroz bolju prevenciju i kvalitetnu i lako dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu treba tražiti modalitete za ostvarivanje značajnih ušteda bolničkog liječenja i troškova lijekova.

Kao i sa ostalim vrijednostima posmatranih resursa, i u ovdje se prema ZZJZ (2020)³⁵ naš zdravstveni sistem ne razlikuje dramatično od stnadarda i prosjeka uporedivih zemalja okruženja i EU.

Tako je službama PZZ-a u FBiH uposlen 1.891 doktor medicine (34,8%) i 3.289 medicinskih sestara/tehničara (25,3%), odnosno na 100.000 stanovnika 87 doktora medicine i 151 medicinska sestra/tehničar. Drugim riječima, u 2020. godini po jednom doktoru medicine u PZZ-u u prosjeku je dolazilo 1.155 stanovnika, sa značajnim regionalnim odstupanjima - sa najvećim brojem stanovnika po doktoru medicine u Unsko-sanskom kantonu (2.082), a najmanjem u Hercegovačko-neretvanskom kantonu (894).

³⁵ Prikaz personalnih kapaciteta i strukture preuzet iz ZZJZ, 2020.

U službama porodične medicine u Federaciji BiH u 2020. godini bila su zaposlena 1.074 doktora medicine i 1.409 medicinskih sestara/tehničara.

Broj posjeta po jednom doktoru medicine u prosjeku godišnje je iznosio 5.909 odnosno 26 dnevno.

Ono što ohrabruje je da je u 2020. godini u službama porodične medicine je registrovano 121.759 sistematskih pregleda odraslog stanovništva, 832.237 savjetovanja od strane doktora medicine, 936.461 savjetovanje od strane medicinskih sestara/tehničara, te, ostale preventivne usluge doktora medicine (173.718).

Broj upućenih pacijenata u laboratoriju u odnosu na prve posjete je iznosio 76,1%, a učešće upućenih pacijenata specijalistima u odnosu na prve posjete je bilo 112%, što indicira da je pacijent pri prvoj posjeti bio upućen kod više doktora medicine različitih specijalnosti.

Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita je bila dostupna na 376 geografskih lokacija/ambulantni u 1.088 ordinacija i pružao ju je 1.331 doktor medicine specijalista (60,9 doktora medicine specijalista na 100.000 stanovnika) te 2.031 medicinskih sestara/tehničara.

Prosječan broj posjeta po doktoru medicine u specijalističko-konsultativnoj zdravstvenoj zaštiti dnevno iznosio 8,4.

U 2020. godini u bolnicama je radilo nešto više od dvije petine svih doktora medicine, 2.270 doktora medicine (44,7%), te 5.447 medicinskih sestara/tehničara (40,1 % od ukupnog broja).

U 2020. godini na 100.000 stanovnika u bolnicama su radila 104 doktora medicine i 250 medicinske sestre/tehničari, a na jednog doktora medicine u prosjeku su radile 2,4 medicinske sestre/tehničara.

Uprkos pomaku ka primarnoj zaštiti u posljednjih nekoliko godina, bolnički sektor ostaje relativno dominantan. Mnoge ambulantne zdravstvene usluge i dalje se pružaju putem prijema u bolnicu, zbog nedostatka poticaja koji podstiču ambulantno liječenje. U Federaciji Bosne i Hercegovine više od jedne četvrtine svih ambulantnih konsultacija (27%) rezultiralo je upućivanjem u bolnice. Nivo prijema u bolnicu koji se može izbjeći zbog stanja koja se mogu liječiti u ambulantnim uslovima, kao što su astma, dijabetes i hipertenzija, nastavlja da raste u Republici Srpskoj, a posebno u bolnicama u Istočnom Sarajevu, Trebinju i Foči (Svjetska banka, 2020.). Uporedivi podaci za Federaciju Bosne i Hercegovine nisu dostupni.

U osnovi, zaključak je vrlo jednostavan - napore u racionaliziranju troškova i poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenog sistema treba prije svega tražiti u oblastima bolničkog liječenja, primarne zdravstvene zaštite, te troškova za lijekove.

U pogledu mogućih pravaca djelovanja, od brojnih mogućnosti koje svakako treba dodatno istražiti u konsekvantnim specijalističkim istraživanjima, među najvažnijim jeste **implementacija adekvatnog sistema mjerenja** koji bi prvo kreirao pouzdanu statističku bazu za evaluaciju inputa, a zatim kroz adekvatne indikatore i pružio osnovu za vrednovanje kvantitativnih i kvalitativnih ishoda u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Na istoj bazi bi se mjerio i stepen odziva na preventivne preglede po različitim populacijskim kategorijama.

Također, neophodni su i **odgovarajući informacioni sistemi gdje bi se integracijom rasporeda zakazivanja i dijagnostičkih sistema primarne, specijalističko-konsultativne, te bolničke zdravstvene zaštite** značajno unaprijedila koordinacija među njima i racionalizirala upotreba resursa koji se trenutno često preklapaju što dovodi do njihovog rasipanja.

Cijeli niz bespotrebnih pregleda, laboratorijskih testova kao i vremena čekanja pacijenata na traženu uslugu bi se mogao reducirati i posljedično poboljšati ishode liječenja i stepen zadovoljstva korisnika.

Još jedna mjera koja bi u tom smislu mogla biti stimulativna je i uvođenje obaveznog troška za zakazane preglede, bez obzira da li se pacijent pojavio na njima, obzirom da zauzimanje termina predstavlja opipljiv oportunitetni trošak kojeg ne treba snositi zdravstveni sistem, već treba biti prebačen na odgovornost samog osiguranika tj. korisnika.

Zatim, poticaji za doktore i pacijente u kontekstu odaziva na preventivne preglede, kroz direktne i/ili indirektne benefite (npr. stimulacije na primanja i/ili dodatni dani godišnjeg odmora za doktore, te dodatni pregledi/testovi, ili sniženi troškovi osiguranja za pacijente). Naravno, u ovom trenutku bez odgovarajućih podataka i modela nije moguće preciznije estimirati njihovu vrijednost, ali kroz cost-benefit analizu takvih mjera bi se pratilo dejstvo takvih mjera i prilagođavao njihov obim i vrijednost.

Prema OECD i Šimović i Primorac (2021), prioritetni modaliteti za smanjivanje prekomjerne bolničke potrošnje su:

1. Smanjenje prijema koji se može izbjeći, što rezultuje zadovoljavanjem potreba izvan bolnica,
2. Mjerenje i adresiranje identifikovanih generatora prekomjerne bolničke potrošnje,
3. Iskorištavanje potencijala jednodnevne hirurgije i dnevne bolnice općenito, te
Smanjenje kasnih otpusta iz bolnica.

3.2.4. Potrošnja lijekova

Kako je na Grafiku 17 prikazano, potrošnja lijekova predstavlja treću ključnu komponentu zdravstvene potrošnje u BiH. Osnovni principi i pravci djelovanja (sistemi mjerenja, fokus na ishode a ne inpute, veći značaj inovativnih rješenja itd.) i u ovom segmentu ostaju isti kao i za prethodna dva, u pravcu traganja za analizom izvora neefikasnosti i povećanja produktivnosti.

Na tim osnovama je moguće zaokružiti matricu za evaluaciju koja bi trebala počivati na sljedećim pretpostavkama:

- Fokus na mjerenje i izgradnja metričkog instrumentarija
- Fokus na performanse i njihovu uporedivost
- Finansiranje vrijednosti ishoda umjesto resursa
- Standardizacija (HTA - Health Technology Assessment)
- Promocija distribucionih i logističkih kanala više vrijednosti i nižih troškova

S druge strane, neophodno je uvažiti sui generis prirodu i nivo kompleksnosti legislativnog okvira ovog segmenta zdravstva u BiH.

Uz koordinaciju među entitetima i ulogu Agencije za lijekove i medicinska sredstva BiH, unutar entiteta sam proces je prilično složen i postavljen na neracionalnim osnovama.

Viši nivoi vlasti uspostavljaju pravila i širi okvir za funkcionisanje (pod)sistema javnog zdravstva, dok je implementacija prepuštena nižim nivoima koji imaju i značajan diskrecioni kapacitet u pogledu uređenja vlastitih zdravstvenih sistema, a sve bez efikasnog nadzora i korektivnih mehanizama. To je velikim dijelom određeno i modelom finansiranja zdravstva u (F)BiH kao naslijeđenim iz perioda SFRJ, te nadležnostima u smislu obaveza i značajno različitim finansijskim kapacitetom za njihovo servisiranje. Posljedica takvog uređenja je vrlo različit nivo obima i kvaliteta usluga po kantonima, pa i opštinama, te nejednako (ne)poštivanje federalnih i državnih regulativa itd.

Također, sa ekonomskog aspekta je upitna, neutemeljena, te nepotkrjepljena praksa kontinuiranog proširenja lista (i po kvantitetu, ali i po visini troškova) bez osvrta na efikasnost i cijene postojećih/novih lijekova, te suplemenata.

Osnovni zaključak iz iznesenog pregleda jeste da bi se kao prvi korak moralo razmotriti sistemsko restrukturiranje nadležnosti za regulaciju lijekova i medicinskih sredstava u BiH.

To se prije svega odnosi na distorzije u svim dijelovima procesa bitnih za ekonomske efekte tržišta lijekova u FBiH. Državni i federalni nivoi vlasti administriraju registraciju lijekova i opreme, referalne liste, promjene referalnih zemalja (npr. 2017 uz asistenciju Svjetske banke), esencijalne liste, standarde i normative itd. i na taj način kreiraju obaveze za niže nivoe vlasti (prije svega kantone, ali indirektno i opštine).

Pri tome se one nominalno odnose na sve kantone jednako, ne uzimajući u obzir razlike u njihovim kapacitetima, što se suštinski kompenzuje neadekvatnim ili nepostojećim nadzorom i sankcijama, tj. značajnim odstupanjima u njihovoj implementaciji po kantonima. To je posebna distorzija koja proizvodi mogućnost cjenovne diskriminacije trećeg reda na nivou različitih kantona, ali i cijelog niza oportunitetnih troškova i džepova neefikasnosti za subjekte koji posluju u različitim kantonima.

Fokus eventualnih mjera racionalizacije i općenito reformisanja ovog segmenta sistema treba tražiti u stvarnim generatorima porasta troškova (proširenje obima i vrijednosti lista, neadekvatno propisivanje i korištenje terapija i sl.

Tabela 11. Pregled normativa relevantnih za visinu naknade za izdavanje lijekova na recept u KS

| | Normativ | Opis | Kvantitativni izraz |
|----|--|---|--|
| 1. | Normativ Kadrova | Minimalni normativ kadrova za apotekarsku djelatnost | 1 radni tim u sastavu 1 magistar farmacije i 1 farmaceutski tehničar |
| 2. | Normativ vremena | Za izdavanje jedne vrste gotovog lijeka na recept ili za izdavanje jedne vrste magistralnog lijeka normativ vremena za jedan radni tim je 3,5 minuta ³⁶ | 3,5 minuta |
| | | Za izdavanje jedne vrste gotovog lijeka na recept je potrebno vrijeme za magistra farmacije od 2,5 minute | 2,5 minute |
| | | Za izdavanje jedne vrste gotovog lijeka na recept je potrebno vrijeme za farmaceutskog tehničara 1 minuta | 1 minuta |
| | | Za izdavanje jedne vrste ampuliranog lijeka je potrebno vrijeme za magistra farmacije 1 minuta | 1 minuta |
| | | Za izdavanje jedne vrste ampuliranog lijeka je potrebno vrijeme za farmaceutskog tehničara 2 minute | 2 minute |
| | | Kolektivnim ugovorom o pravima i obavezama poslodavaca i radnika u oblasti zdravstva za područje KS (44/17) utvrđena je najniža neto satnica u oblasti zdravstva u KS u visini od 2,60 KM | 2,60 KM / satu 43,3 pf / minuti |
| 3. | Koeficijent složenosti za zanimanja | Kolektivnim ugovorom o pravima i obavezama poslodavaca i radnika u oblasti zdravstva za područje KS (39/18) za zanimanje magistar farmacije | 3,8 |
| | | Kolektivnim ugovorom o pravima i obavezama poslodavaca i radnika u oblasti zdravstva za područje KS (39/18) za zanimanje farmaceutski tehničar | 2,4 |
| 4. | Visina naknade | Za izdavanje jednog (1) recepta u KS | 1,90 KM sa PDV-om |
| | | Za izdavanje ampuliranih lijekova | 6% na cijenu lijeka sa PDV-om |

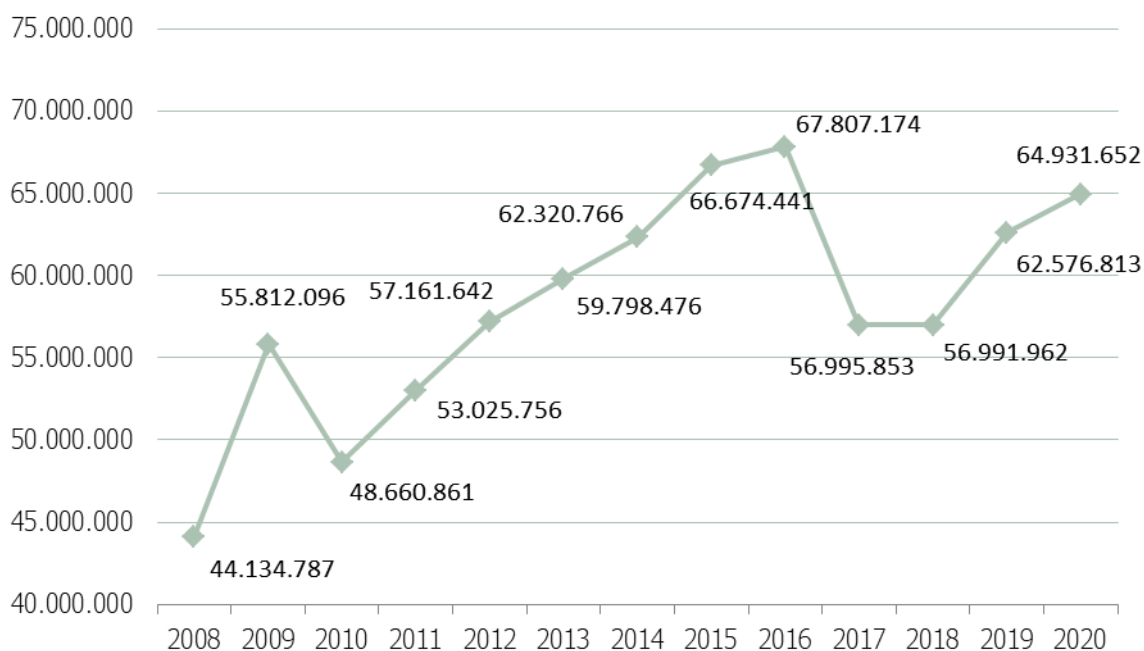
³⁶ Ovdje smo se opredijelili za normativ iz SIZ Zdravstvene zaštite SR BiH, Plava knjiga (1986) obzirom da jedini eksplicite definiše ovakav izraz normativa vremena. Još treba napomenuti da je 2003. donešena privremena Odluka o utvrđivanju privremenih standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", broj 21/00) koja je normirala normativ vremena za opisane usluge u trajanju od 4 minute, ali koja je konsekventnom legislativom stavljena van snage.

Dodatnu komplikaciju predstavlja česta praksa u regulative ove oblasti da se ekonomski elementi u ovom segmentu utvrđuju na bazi kategorija koje nemaju ekonomsku prirodu i predstavljaju egzogene varijable tipa političkih odluka ili njihove kombinacije sa normativima i standardima iz medicinske prakse i znanosti, što ilustruje primjer obračuna visine naknade za izdavanje lijekova na recept iz Tabele 11.

Imajući u vidu kompleksnost normativnog i regulativnog okvira ovog segmenta zdravstvenog/ih sistema u BiH, za očekivati je cijeli niz problema u njegovom funkcionisanju. Kada je u pitanju vrijednost prometovanih lijekova u BiH, dostupni podaci su, nažalost vrlo ograničeni. Prema posljednjim zvaničnim podacima, iz daleke 2013. godine, godišnji promet lijekova je iznosio oko 527 mil KM (ALMBiH, 2013). Međutim, za razmatranu temu su nam mnogo bitniji direktni troškovi koje potrošnja lijekova generiše za zdravstveni sistem, a koja se realizuje kroz rashode zavoda za zdravstveno osiguranje. O njihovom broju i strukturi je već bilo riječi, a na ovom mjestu je, ilustracije radi, data aproksimacija generalnih zaključaka na bazi dostupnih podataka kantonalnih zavoda za zdravstveno osiguranje, prije svih ZZO KS.

Grafik 22 i Tabela 12 daju pregled ukupnih troškova po ovom osnovu³⁷, te njihovom učešću u ukupnim rashodima i prosječne cijena lijeka po izdatom receptu (za godine za koje postoje objavljeni podaci).

Grafikon 22. Troškovi lijekova izdatih na recept u KS, 2008 - 2020



Izvor: ZZO KS

³⁷ Uzeti su troškovi gotovih lijekova na recept kako bi se izolovao uticaj najvažnije stavke u troškovnoj strukturi i izbjegle distorzije u slučaju uključivanja iznosa za ampulirane lijekove čije se izdavanje obračunava po sistemu procentualne kontribucije od 6% na svaki izdati lijek.

Tabela 12. Učehće ukupnih troškova lijekova u ukupnim rashodima ZZO

| | '07 | '08 | '09 | '10 | '11 | '12 | '13 | '14 | '15 | '16 | '17 | '18 | '19 | '20 |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Učehće u ukupnim rashodima (%) | 20 | 18 | 22 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 23 | 20 | 20 | 20 |
| Prosječna cijena lijeka po RP (KM) | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 17 | 16 | 17 | 16 | - | - | - | - |

Izvor: ZZO KS

Kada se ovi prikazi posmatraju zajedno ukazuju na nekoliko vrlo interesantnih nalaza. Naime, iz Tabele 12 se vidi da je udio ove stavke u ukupnim rashodima praktično konstantan, te se nameće zaključak da zakonodavci i izvršna vlast zapravo primarno pokušavaju ostvariti neutralni efekat tj. proširiti obuhvat zdravstvene usluge uz postojeće budžetske pozicije. Nažalost, zbog besmisleno postavljenih nadležnosti i mogućnosti prevaljivanja troškova servisiranja usluga i dobara u zdravstvu na niže nivoe, uštede se bilježe isključivo kratkoročno. Čim postane evidentno da je ostvaren određen rezultat u pogledu ušteta, već naredne godine se cjelokupni sistem kalibrira da ta sredstva redistribuira unutar sebe, ali ne sa fokusom na veći kvalitet usluga ili efikasnosti.

Tako npr. unutar DPL programa Svjetske banke iz 2017 godine, uštede unutar Stuba II gdje su tretirane i cijene lijekova u (F)BiH se procjenjivala ušteta od najmanje 2,3% BDP-a, a od čega bi uštede u domenu lijekova iznosili € 35 mil počevši od 2018 godine. Druga dva elementa su trebala biti – smanjenje troškova plata u sektoru i doprinosa, što se do danas nije dogodilo, ali uštede u domenu lijekova jesu izazvale početne efekte kako se vidi iz grafika iznad, ali vrlo brzo je taj efekat potpuno neutralisan unutar sistema koji nije mijenjao svoje osnovne principe, mehanizme i logiku.

U narednim fazama istraživanja ove oblasti, trebaju se utvrditi egzaktni nivoi količinske i vrijednosne potrošnje lijekova u BiH, te njena struktura što je preduslov za analizu i izvlačenje zaključaka o izvorima kretanja u tom domenu. Postojeća e-rješenja uz sve prednosti koje su donijela u sistemima praćenja izdavanja lijekova, nikada nisu integrisana u jedinstvenu organsku cjelinu koja bi mogla ponuditi takve odgovore.

Promjene u udjelima učehća osiguranika i zavoda, uvođenje generičkih lijekova na pozitivne liste, proširenja listi, prekompozicija tzv. A i B listi, nejasne ili nepostojeće smjernice za upotrebu i kontrolu količina, kombinovani terapijski pristupi i sl. značajno otežavaju identifikaciju izvora rasta troškova za lijekove.

Klasični pristupi reformi u ovoj oblasti kao funkcionalno ograničavanje cijena lijekova i marži trgovcima, širenje obuhvata generičkih lijekova, i kontroli procesa javnih nabavki, evidentno imaju ograničen domet. Integrisanje prethodno navedenih mjera, od prevencije, preko mjerenja performansi institucija i individua, do univerzalnog pokrića i fokusa na ishode liječenja, kvalitativne aspekte i multidisciplinarni pristup nude znatno šire mogućnosti i, čini se, bolje šanse za uspjeh.

³⁸ Development Public Loan Programme

Također, pitanje neodgovornog propisivanja i prekomjerne upotrebe lijekova mora biti adresirano. Prema OECD/EU (2018), a prema Šimović i Primorac (2021), sljedeći pristupi bi trebali biti sastavni dio napora na tom planu:

1. Postizanje adekvatne vrijednosti za novac kroz politike izbora, pokrivenosti, nabavke i cijena lijekova;
2. Postizanje adekvatnog odnosa inovativnih lijekova sa generičkim i biološkim lijekovima uporedivih referentnom lijeku (biosimilar), u svrhu optimiziranja ishoda liječenja i potencijalnih ušteda;
3. Poboljšanje pridržavanja terapija liječenja, optimizacija pakovanja te smanjenje količine lijekova koji završe kao otpad;
4. Promovisanje racionalnog propisivanja i obuzdavanje prekomjernog korištenja lijekova.

Pored toga, cijena lijeka ne može se posmatrati odvojeno od njegovog učinka. Prebacivanje fokusa regulatora sa apsolutnog troška na efikasnost datog lijeka i tretmana se nameće kao logičan pravac za unaprjeđenje ishoda liječenja i performansi zdravstvenog sistema.

Prema nekim autorima (npr. Lichtenberg, 2015), inovativni lijekovi i tretmani mogu značajno uticati na pospješene ishoda liječenja i smanjenja pratećih troškova. U istoj studiji, u periodu 2003 - 2009. u Sloveniji je procijenjeno da su inovativni lijekovi doprinijeli značajnom smanjenju preuranjenih smrti (čak do dvije trećine procijenjenog smanjenja), značajnijim uštedama u pogledu sačuvane produktivnosti, 85 procenatnim pokrićem povećanja troškova lijekova kroz smanjenje bolničkih troškova itd.

3.2.5. Bolje finansijsko upravljanje, podsticaji za kontrolu i ograničavanje rashoda

Slabe i fragmentirane institucije javnog sektora, prenesene odgovornosti i loše finansijsko upravljanje rezultirali su značajnim gubicima među pružaocima zdravstvenih usluga (Svjetska banka, 2020.). Nedostaju mehanizmi nadzora i kontrole usklađivanja rashoda zdravstvenih ustanova sa raspoloživim budžetskim sredstvima. Nedostatak odgovornosti dovodi do prekomjerne potrošnje, uključujući i plate za dodatno osoblje koje se regrutuje dodatno u odnosu na odobrena radna mjesta. Zdravstvene ustanove koje akumuliraju operativne deficite i neizmirene obaveze prema dobavljačima i drugim izvođačima nisu sankcionisane. Kao rezultat, zdravstvene ustanove akumuliraju obaveze prema socijalnim fondovima i poreskoj upravi, što onda vodi kašnjenjima u plaćanju prema dobavljačima i zaposlenima, sa direktnim posljedicama na buduće pružanje usluga i kvalitet njege, kao i nedostatak novih investicija (Svjetska banka, 2020).

Vlade oba entiteta poduzele su mjere za otplatu dospjelih neizmirenih obaveza. Međutim, pandemija COVID-19 u prvi plan je ponovo istaknula ovu slabost u sistemu finansiranja zdravstva.

Nedostatak podsticaja za kontrolu i ograničavanje rashoda u zdravstvenim ustanovama u javnom vlasništvu, posebno u bolnicama, predstavlja veliki izazov i rizik za dugoročnu održivost zdravstvenog sistema (Svjetska banka, 2020.). Drugi izazov je niska efikasnost zdravstvenih sistema. Bolnički sektor karakteriše neefikasna upotreba resursa koja je rezultat sistema plaćanja koji ne odražava nivo realizovanih aktivnosti. U Federaciji Bosne i Hercegovine sistem bolničkog plaćanja zasnovan na dijagnozi (DRG) nije u potpunosti implementiran, a u Republici Srpskoj sistem nema koristi od procesa sistematske revizije tarifa, tako da nadoknada nije kalibrirana sa stvarnim troškovima i poticaje za visokokvalitetnu njegu. Trenutni sistem plaćanja ne podstiče bolnice da pružaju ambulantnu njegu zbog podcijenjenih tarifa i fiksnih bolničkih budžeta. To dovodi do nepotrebnog prijema u bolnicu zbog stanja koja bi se mogla liječiti u ambulantnim uslovima. Štaviše, ne postoje podsticaji za zajedničke aktivnosti strateškog planiranja za ambulantnu i bolničku njegu i za poboljšanu koordinaciju pacijenata među sektorima. Kao rezultat toga, mnogi pacijenti s kroničnim stanjima se liječe u bolničkim uvjetima. U oba entiteta koriste se elektronski zdravstveni kartoni koji u teoriji mogu doprinijeti boljoj koordinaciji skrbi među sektorima, ali implementacija je neujednačena i podaci o pacijentima se ne dijele među pružiocima usluga (Svjetska banka, 2020).

LITERATURA

- Anderson, G., & Hussey, P. S. (2001). Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 20(3), 219-232.
- Aaron, H. J., & Ginsburg, P. B. (2009). Is health spending excessive? If so, what can we do about it?. *Health Affairs*, 28(5), 1260-1275.
- Bohn, H. (1995). The sustainability of budget deficits in a stochastic economy. *Journal of Money, Credit and Banking*, 27(1), 257-271.
- Buiter, W. H. (1985). A guide to public sector debt and deficits. *Economic policy*, 1(1), 13-61.
- Buzeti, T., Djomba, J. K., Blenkuš, M. G., Ivanuša, M., Klanšček, H. J., Kelšin, N., ... & Zver, E. (2011). Health inequalities in Slovenia. National Institute of Public Health.
- Cohn, J. (2014). The paradox of reducing health care spending. *The Milbank Quarterly*, 92(4), 656.
- Collignon, S. (2012). Fiscal policy rules and the sustainability of public debt in Europe. *International economic review*, 53(2), 539-567.
- Culyer, A. J. (1976) *Need and the National Health Service*, Oxford: Martin Robertson.
- Docteur, E. & Oxley, H. (2003) *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Papers No. 9, OECD Economics Department Working Papers No. 374
- European Commission. *Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pensions, Health Care and Long-Term Care Policies; Occasional Paper No. 201; European Commission: Brussels, Belgium, 2014.*
- Gautam, A. (Ed.). (2017). *Tackling wasteful spending on health*. OECD.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., ... & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964-980.
- Hurst, J., & Jee-Hughes, M. (2001). *Performance measurement and performance management in OECD health systems*.
- Jamison et al. (2005). Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. *Health and economic growth: Findings and policy implications*, 67-91.
- Jamison, et al. (2013). *Global health 2035: a world converging within a generation*. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet global health*, 6(11), e1196-e1252.
- Kutzin, J. (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.

- Leonard K, Masatu M. (2010). Professionalism and the know - do gap: Exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania. *Health economics*; 19(12): 1461–77.
- Leslie HH, Sun Z, Kruk ME. (2017). Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: A cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *PLoS Med*; 14(12)
- Matthew, G. K. (1971) Measuring need and evaluating services. In G. McLachlan (ed.) *Portfolio for Health*, London: Oxford University Press.
- McPake, B., Normand, C., Smith, S. & Nolan, A. (2020). *Health economics: an international perspective*. Routledge, 4th edition.
- Mohanan M, Vera-Hernandez M, Das V, et al. (2015) The know-do gap in quality of health care for childhood diarrhea and pneumonia in rural India. *JAMA pediatrics*; 169(4): 349–57. A50.
- OECD/EU (2018), *Health at Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Pijalović V. (2016). *Zdravstvena potrošnja determinante i trendovi*, Ekonomski fakultet univerziteta u Sarajevu
- Popescu, M. E., Militaru, E., Cristescu, A., Vasilescu, M. D., & Maer Matei, M. M. (2018). Investigating health systems in the European Union: Outcomes and fiscal sustainability. *Sustainability*, 10(9), 3186.
- PWC (2021). *Healthcare outcomes and expenditure in Central and Eastern Europe – a review*
- Rittel, H. i Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning, *Policy Sciences*, Vol. 4, 155–69. Reprinted in Cross, N. (ed) (1984) *Developments in Design Methodology*, Chichester: John Wiley & Sons, pp. 135–44.
- TI BiH. (2019). *ANALIZA PRAVNO - INSTITUCIONALNOG OKVIRA I POLITIKA PREVENCIJE KORUPCIJE U ZDRAVSTVENOM SEKTORU BIH*.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., & World Health Organization. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WBG (2022a). *Bosnia and Herzegovina - Health Systems Improvement Project*. World Bank Group, Washington, D.C.
- WBG (2022b). *Bosnia and Herzegovina - Country Partnership Framework*. World Bank Group, Washington, D.C.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health, Volume1*. The World Bank.
- World Health Organization (2000). *The World health report, 2000. Health systems: improving performance*. Geneva
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization
- World Health Organization. (2021). *Global expenditure on health: public spending on the rise?*
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization
- Zavod za javno zdravstvo FBiH. (2020), *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine*.
- <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

PRILOZI

PRILOG 1. PREGLED OSNOVICA I STOPA DOP. ZA OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U FBIH

| | Kantonalni zavodi zdravstv. osiguranja u FBiH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------|-------------------|--------|-------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|--------|---|----------|-------------------------|---------------------------|---|--|---|------------|---------------------|--------|
| | Bihać | | Očjak | | Tuzla | | Zenica | | Goražde | | Novi Travnik | | Mostar | | Grude | | Sarajevo | | Livno | |
| Obveznici doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop | Osnov | St.dop |
| Uposleni kod poslodavca | BLD | 16,50% | BPZ | 16,5% | BPZ | 16,50% | Plata, naknada plate | 16,5% | Bruto plata | 16,5% | Bruto plata | 16,5% | 589,22 KM | 16,5% | Najniža bruto satnica 3,35 broj sati rada (176) | 16,5% | Obračunata bruto plata koja ne može biti niža od najniže plate utvrđene općim kolektivnim ugovorom a teritoriji FBiH (posljednja obračunata najniža bruto plata iznosi 589,22 KM) | 16,5% | BPZ | 16,5% |
| Poljoprivrednici | 393 KM PAUŠAL 339 KM | 16,50% | Paušal | 20KM | 393 | 16,50% | Samost.poljoprivr (prosječna plata za FBiH iz prošle godine x koefic. 0,35) i paušalci | 16,5% paušalni iznos kako odredi PU | Paušal | 16,5% | Paušal 10 KM | 420,35KM | 16,5% | 1418*0,35=496,3 *16,5% | 12,5% osnovice i 4% na osnovicu | Osnovica za samostalni rad u poljoprivredi i šumarstvu iznosi 381 KM (obveznici koji utvrđuju dohodak na osnovu poslovnih knjiga) dok je osnovica 329 KM u poljoprivredi i šumarstvu za obveznike koji uplaćuju doprinose paušalno | 16,5% | Po nosiocu | 30 KM | |
| Penzioneri | Neto penzija | 19,1% | Isplaćena penzija | 1,20% | Isplaćena penzija | 1,20% | Isplaćena penzija | 1,2% | Neto penzija | 1,2% | Penzija | 1,2% | Isplaćena penzija | 1,2% | Iznos isplaćene penzije | 1,2% | Isplaćena penzija | 1,2% | Neto penzija | 1,2% |
| Nezap.prijavljeni na zdr.osig. | 40% prosječna BLD u FBiH | 1,25% | Paušal | 6 KM | 40% BPZ u FBiH | 1,75% | 40% prosječne bruto plate za uposlene na teritoriji FBiH prema zadnjem objavljenom podatku | 1,25% | Paušal | 10 KM | Paušal 7KM | 360,30KM | 3% | 1418*2,5%*30% | 2,5% | JU služba za zapošljavanje uplaćuje paušalni iznos od 6 KM po nosiocu osiguranja i 3 KM po osiguranoj osobi kao članu uže porodice nosioca osiguranja | | BPZ | 0,7% | |
| Invalidi civilne žrtve rata | 40% prosječna BLD u FBiH | 1,5% | Paušal | 10 KM | 40% BPZ u FBiH | 2,30% | 40% prosječne bruto plate za uposlene na teritoriji FBiH prema zadnjem objavljenom podatku | | Paušal | 20 KM | Prosječna neto plata Kantona za pr.godinu | 1,5% | 8KM u apsolutnom iznosu | | 1418*2,5%*30% | 2,5% | Plaća se paušalni iznos doprinosa u iznosu od 20 KM za civilne žrtve rata. Za RVI Ministarstvo za boračka pitanja uplaćuje 20 KM po osiguraniku. Odlukom Vlada KS (Sl.novine KS br 29/09, 20/16) ovaj iznos je smanjen na 10 KM | | BPZ FBiH | 0,7% |
| Ostali osiguranici | 40% prosječna BLD u FBiH | 1,5% | Svećenici | 10 KM | 40% BPZ u FBiH | 7,5%+5KM po prijavljenom čl.porodice | | 12,5% | Paušal | 20 KM | . | . | | | | | Za taxi prevoznike osnovicu objavljuje Ministarstvo finansija godišnje u paušalnom iznosu (366 KM za 2021g). Za samostalne radnike trgovce (pijažni štand) osnovicu objavljuje Min.finansija godišnje (424KM za 2021g). Za zaposlenike u nisko akumulativnim poslovima, rudnicima i tekstilnoj industriji Min.finansija objavljuje povlaštene osnovice (424 KM za 2021g) ukoliko je zaposleniku obračunata i isplaćena minimalna plata ili plata u iznosu od 60% prosječne plate u FBiH (Pravilnik o načinu obračunavanja i uplate doprinosa član 40) | 16,5% | Isplata ino penzije | 10% |
| Osobe koje same plaćaju doprinos | prosječna BLD u FBiH | 5% | Paušal | 50 KM | | 7,5%+5KM po prijavljenom čl.porodice | 60% prosječne neto plate FBiH za prošlu godinu | | 40% od prosjeka bruto plate | 7,5% | 50% prosj.bruto plate za FBiH | 13% | 411 KM | 12,5% | 1418*60%=850,8 *12,5% | 12,5% | Zadnja objavljena prosječna bruto plata u FBiH za osiguranje po Članu 27 ZZO. Doprinosi za studente u periodu od 26 do 30 godina života iznose paušalno 20 KM | 0,05% | BPZ FBiH | 10% |

PRILOZI

PRILOG 2. PREGLED PRIHODA U OBAVEZKOM ZDRAV. OSIGURANJU U KANTONALNIM ZAVODIMA

| | USK | PK | TK | ZDK | BPK | SBK | HNK | ZHK | KS | HBK | FBIH |
|--|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| Iz plaća i na plaće zaposlenih kod poslodavaca | 84.739.155 | 13.124.366 | 228.923.662 | 173.974.870 | 17.054.542 | 100.636.045 | 132.158.303 | 49.079.738 | 405.340.353 | 26.386.882 | 1.231.417.916 |
| Iz dohotka od poljoprivredne djelatnosti | 0 | 43.734 | 0 | 0 | 0 | 86.340 | 0 | 49.180 | 346 | 41.421 | 221.021 |
| Na penzije, invalidnine i druge naknade PIO | 1.397.763 | 234.599 | 4.601.002 | 3.936.735 | 320.265 | 2.371.895 | 2.500.785 | | 6.542.930 | 481.383 | 22.387.357 |
| Na doprinose za nezaposlene | 1.460.079 | 193.758 | 5.387.937 | 3.832.831 | 192.673 | 1.090.250 | 2.351.501 | 995.444 | 3.770.472 | 478.083 | 19.753.028 |
| Doprinosi na naknade za pog. civ. žrtve rata | 300.685 | 123.515 | 1.814.435 | 302.545 | 2.280 | 965.611 | 0 | | 2.513.837 | 175.413 | 6.198.321 |
| Od doprinosa za ostale djelatnosti | 0 | 101.492 | 1.513.013 | 1.018.177 | 123.371 | 701.421 | 0 | 354.020 | 4.565.402 | 158.603 | 8.535.499 |
| Od osoba koje same plaćaju doprinose | 305.370 | 110.971 | 553.917 | 74.952 | 6.123 | 77.815 | 123.085 | 63.597 | 394.727 | 190.514 | 1.901.071 |
| UKUPNO PRIHODI OD DOPRINOSA | 88.203.052 | 13.932.435 | 242.793.966 | 183.140.110 | 17.699.254 | 105.929.377 | 137.133.674 | 50.541.979 | 423.128.067 | 27.912.299 | 1.290.414.213 |
| Prihodi od ino nositelje osiguranja | 14.101.116 | 37.381 | 9.701.580 | 4.246.136 | 52.229 | 887.843 | 2.112.545 | 684.346 | 484.355 | 1.189.330 | 33.496.861 |
| Prihodi iz budžeta | | 353.422 | | | | | 5.937 | 7.419 | | | 366.778 |
| Prihodi iz osobnog učešće osiguranih osoba | 2.423.396 | 601.820 | 3.116.952 | 1.400.950 | | 3.560.630 | 2.743.908 | 937.623 | 596.023 | 743.909 | 16.125.211 |
| Ostali prihodi (donatorska pomoć, takse, kamate) | 352.485 | 8.459 | 437.734 | 58.089 | 9.592 | 73.201 | 671.789 | 44.146 | 207.741 | 79.784 | 1.943.020 |
| UKUPNI PRIHODI | 105.080.049 | 14.933.517 | 256.050.232 | 188.845.285 | 17.761.075 | 110.451.051 | 142.667.853 | 52.215.513 | 424.416.186 | 29.925.322 | 1.342.346.083 |

| | USK | PK | TK | ZDK | BPK | SBK | HNK | ZHK | KS | HBK | FBIH |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Iz plaća i na plaće zaposlenih kod poslodavaca | 80,64 | 87,89 | 89,41 | 92,13 | 96,02 | 91,11 | 92,63 | 93,99 | 95,51 | 88,18 | 91,74 |
| Iz dohotka od poljoprivredne djelatnosti | 0,00 | 0,29 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,08 | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,14 | 0,02 |
| Na penzije, invalidnine i druge naknade PIO | 1,33 | 1,57 | 1,80 | 2,08 | 1,80 | 2,15 | 1,75 | 0,00 | 1,54 | 1,61 | 1,67 |
| Na doprinose za nezaposlene | 1,39 | 1,30 | 2,10 | 2,03 | 1,08 | 0,99 | 1,65 | 1,91 | 0,89 | 1,60 | 1,47 |
| Doprinosi na naknade za pog. civ. žrtve rata | 0,29 | 0,83 | 0,71 | 0,16 | 0,01 | 0,87 | 0,00 | 0,00 | 0,59 | 0,59 | 0,46 |
| Od doprinosa za ostale djelatnosti | 0,00 | 0,68 | 0,59 | 0,54 | 0,69 | 0,64 | 0,00 | 0,68 | 1,08 | 0,53 | 0,64 |
| Od osoba koje same plaćaju doprinose | 0,29 | 0,74 | 0,22 | 0,04 | 0,03 | 0,07 | 0,09 | 0,12 | 0,09 | 0,64 | 0,14 |
| UKUPNO PRIHODI OD DOPRINOSA | 83,94 | 93,30 | 94,82 | 96,98 | 99,65 | 95,91 | 96,12 | 96,79 | 99,70 | 93,27 | 96,13 |
| Prihodi od ino nositelje osiguranja | 13,42 | 0,25 | 3,79 | 2,25 | 0,29 | 0,80 | 1,48 | 1,31 | 0,11 | 3,97 | 2,50 |
| Prihodi iz budžeta | 0,00 | 2,37 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,00 | 0,03 |
| Prihodi iz osobnog učešće osiguranih osoba | 2,31 | 4,03 | 1,22 | 0,74 | 0,00 | 3,22 | 1,92 | 1,80 | 0,14 | 2,49 | 1,20 |
| Ostali prihodi (donatorska pomoć, takse, kamate) | 0,34 | 0,06 | 0,17 | 0,03 | 0,05 | 0,07 | 0,47 | 0,08 | 0,05 | 0,27 | 0,14 |
| UKUPNI PRIHODI | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |