

# Sistemi zdravstvene zaštite u BiH

## Finansijski izazovi i opcije za reformu

**MARKO MARTIĆ I OGNJEN ĐUKIĆ, SARAJEVO**

Oktobar 2017

- Visoka očekivanja i rastuće potrebe građana uticali su na relativno visok udio privatne potrošnje u ukupnoj potrošnji na zdravstvo (28% u 2014.) koji je dvostruko iznad prosjeka Evropske unije (14%). 2014. godini prosječno izdvajanje za zdravstvo iz kućnog budžeta jedne tročlane porodice iznosilo je oko 50 KM mjesečno, što može predstavljati ozbiljan teret za porodice ispod ili blizu granice siromaštva. Ovo ukazuje na određeni stepen nejednakosti pristupa zdravstvenoj zaštiti među građanima BiH.
- Između kantona u FBiH postoji visok nivo neujednačenosti prosječne javne potrošnje na zdravstvo po osiguranom licu (od 453 KM do 875 KM) s obzirom na to da se prihodi od doprinosa zaposlenih „vraćaju“ kantonu u kojem su prikupljeni. Može se reći da ovakvim rješenjem princip solidarnosti nije u primjeni šire od nivoa kantona. Ako se želi postići veći stepen jednakosti u javnim sredstvima za zdravstvo između kantona, neophodno je da kantoni ili Vlada FBiH pronađu druga sredstva kojima bi se to omogućilo.
- Visoka zavisnost sistema od doprinosa zaposlenih nije, međutim, optimalno rješenje za BiH s obzirom na nisku stopu zaposlenosti i proces starenja stanovništva. Među zemljama Evropske unije sa pretežnim Bizmarkovim modelom možemo primijetiti trend kretanja prema tzv. „miks modelu“ – modelu kod kojeg drugi izvori finansiranja osim doprinosa dobijaju veće učešće.
- Treba naglasiti i da doprinosi predstavljaju relativno „regresivan“ način za finansiranje zdravstva (utiču na veću nejednakost) jer ne oporezuju druge vrste prihoda koje ostvaruju uglavnom bogatije grupe stanovništva, kao npr. dobit, dividenda ili prihodi od imovine. Kad se sve uzme u obzir, BiH nema mnogo izbora osim da i ona krene u pravcu većeg oslanjanju na tzv. „nedoprinodne“ prihode.



# **Sistemi zdravstvene zaštite u BiH**

Finansijski izazovi i opcije za reformu

**MARKO MARTIĆ I OGNJEN ĐUKIĆ**

Sarajevo, 2018.

## Sadržaj

Uvod .....	5
<b>1. Struktura sistema zdravstvene zaštite .....</b>	<b>5</b>
1.1. Federacija BiH. ....	6
1.2. Republika Srpska .....	7
1.3. Brčko distrikt BiH .....	7
1.4. Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem .....	8
<b>2. Potrošnja u zdravstvu .....</b>	<b>9</b>
<b>3. Odnos prihoda i rashoda .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Izvori finansiranja i struktura osiguranika .....</b>	<b>16</b>
4.1. Izvori finansiranja javne potrošnje .....	16
4.2. Izvori finansiranja privatne potrošnje .....	20
<b>5. Uticaj plaćanja „iz džepa“ na siromašne.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Modeli finansiranja u zemljama EU-a .....</b>	<b>22</b>
<b>7. Aktuelne inicijative za reformu modela finansiranja zdravstva .....</b>	<b>24</b>
<b>Zaključci i mogućnosti za reforme .....</b>	<b>26</b>
<b>Korišteni izvori.....</b>	<b>29</b>
<b>Skraćenice i akronimi .....</b>	<b>31</b>

## Uvod

Predmet ovog istraživanja je najšire konceptualno pitanje: kako doći do finansijskog modela koji će omogućiti održiv i stabilan način finansiranja zdravstvene zaštite u BiH koji bi stvorio preduslove da ona bude kvalitetna i dostupna za sve građane? To pitanje se prije svega razmatra sa aspekta izbora različitih izvora finansiranja sektora zdravstva i načina na koji građani obezbjeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu, što je u direktnoj vezi sa stepenom njihove pokrivenosti. Analizirajući ovo pitanje, nismo ulazili u analizu drugih aspekata finansijskog modela (kao što su način ugovaranja usluga sa pružaocima, uloga privatnog sektora, načini kontrole kvaliteta i dr.) koji takođe utiču na finansijsku održivost zdravstvenog sistema.

Osnovni principi koje smo imali na umu su *univerzalnost, mogućnost pristupa zdravstvenoj zaštiti dobrog kvaliteta, solidarnost i jednakost* – vrijednosti u oblasti zdravstvene zaštite koje su zajednički definisale zemlje EU-a kojoj BiH teži. Univerzalnost znači da nikome nije zabranjen pristup zdravstvenoj zaštiti, solidarnost je povezana sa finansijskim rješenjem sistema i potrebom da se osigura pristup svima, a jednakost se odnosi na jednak pristup u skladu sa potrebama bez obzira na pol, starost, socijalni status ili mogućnost plaćanja.<sup>1</sup> *Reformska agenda za BiH za period 2015.–2018.*, jedan od najvažnijih reformskih dokumenata BiH za navedeni period, dobrim dijelom se odnosi i na zdravstveni sektor, te se u njoj, između ostalog, navodi:

*„Vlade entiteta, kantona i Brčko distrikta će tražiti finansijsku i tehničku pomoć Svjetske banke kako bi sproveli reformu zdravstvenog sektora. Reforma podrazumijeva rješenje dugovanja zdravstvenog sektora, uvođenje trezorskog sistema poslovanja te definisanje novih modela i izvora finansiranja, uz precizno normiranje mreže zdravstvenih ustanova.“*

Postojeći javni sistemi zdravstvene zaštite u Federaciji BiH, Republici Srpskoj i Brčko distriktu BiH tradicionalno su bazirani na Bizmarkovom

modelu u kojem se pristup zdravstvenim uslugama ostvaruje kroz obavezno zdravstveno osiguranje. Osnovni izvor sredstava za sistem predstavljaju doprinosi koji se plaćaju iz plata zaposlenih, dok su doprinosi koji se plaćaju za druge grupe osiguranika znatno niži. Uzevši u obzir sa jedne strane proces starenja stanovništva i rastuću potrebu za zdravstvenim uslugama, a sa druge strane nisku stopu zaposlenosti i ograničenu visinu prosječne plate, postavlja se pitanje da li BiH treba reformu osnovnih elemenata postojećeg modela i ako treba – na koji način?

U prvom poglavlju dat je pregled strukture sistema zdravstvene zaštite u BiH (njegove teritorijalne organizacije, postojećih institucija, stepena pokrivenosti itd.). U drugom poglavlju analizirana je potrošnja u zdravstvu iz različitih uglova (učesće u BDP-u, potrošnja *per capita*, javna i privatna potrošnja u zdravstvu, struktura potrošnje po namjeni itd.). U trećem poglavlju predstavljeno je kretanje i odnos prihoda i rashoda u javnom sektoru zdravstva u FBiH i RS-u. U četvrtom poglavlju analizirani su izvori finansiranja, struktura osiguranika, moguće opcije i nova rješenja u tom pogledu. Peto poglavlje daje osvrt na uticaj plaćanja „iz džepa“ u zdravstvu na siromašne. Šesto poglavlje analizira modele finansiranja u zemljama EU-a, promjene / trendove u tom smislu i preporuke Evropske komisije. U sedmom poglavlju su razmatrane mogućnosti za reforme u BiH, a u osmom poglavlju je dat pregled posljednjih političkih inicijativa u ovoj oblasti.

## 1. Struktura sistema zdravstvene zaštite

Sistem zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini odlikuje izrazita fragmentiranost imajući u vidu činjenicu da je na različite načine organizovan u Federaciji BiH, Republici Srpskoj i Brčko distriktu BiH. U smislu organizacione strukture i upravljanja on djeluje kroz 13 potpuno različitih podsistema, i to na nivou entiteta, kantona u FBiH i Brčko distriktu, što u značajnoj mjeri 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

<sup>1</sup> „Zaključci Savjeta o zajedničkim vrijednostima i principima zdravstvenih sistema Evropske unije“, Službeni glasnik Evropske unije C-146, 2006.

moogućnosti ekonomije obima. Pregled strukture sistema zdravstvene zaštite dat je u nastavku teksta posebno za Federaciju BiH, Republiku Srpsku i Brčko distrikt.

### 1.1. Federacija BiH

Dva su temeljna zakona koja regulišu oblast zdravstvene zaštite u Federaciji BiH – Zakon o zdravstvenom osiguranju<sup>2</sup> i Zakon o zdravstvenoj zaštiti<sup>3</sup>. 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.

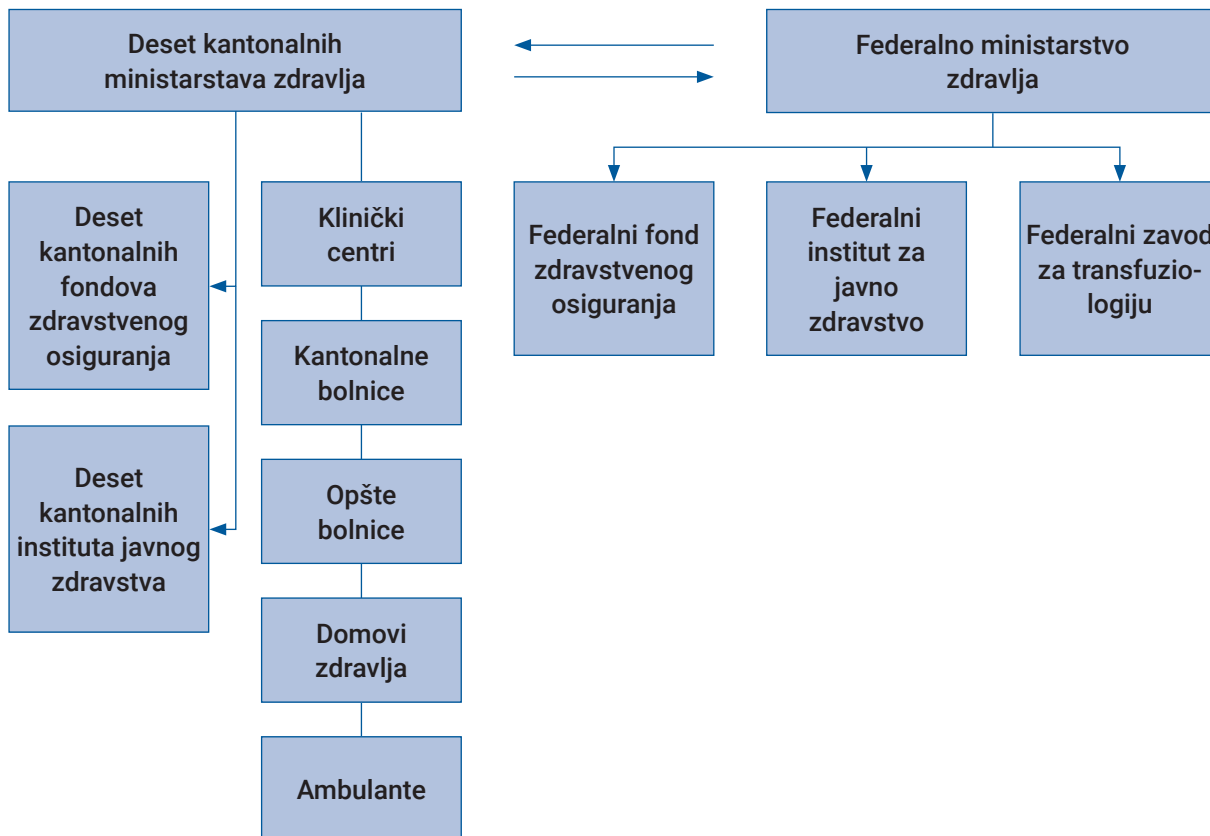
2 Službene novine Federacije BiH, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11.

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

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. Treba napomenuti da, uprkos tome što je regulatorni okvir uspostavljen u okviru podijeljenih nadležnosti između Federacije BiH i kantona, u praksi se 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

Grafikon 1. Grafički prikaz strukture sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH



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.

### 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

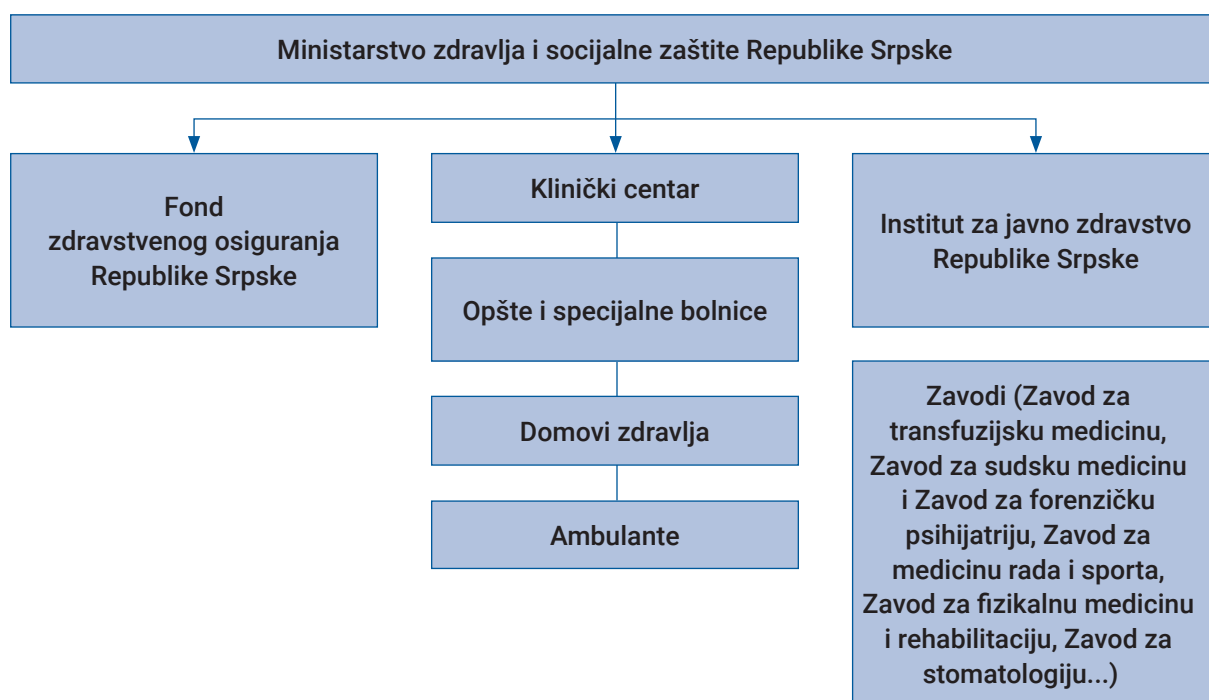
okviru sistema djeluju i druge institucija kao što su Institut za zaštitu zdravlja RS-a (obavlja istraživanja i obrazovanje u polju javnog zdravstva, promocije zdravlja i praćenja zdravstvenog stanja stanovništva), Fond zdravstvenog osiguranja RS-a te brojne zdravstvene ustanove koje pružaju usluge primarne, 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.

### 1.3. Brčko distrikt BiH

U skladu sa Statutom Brčko distrikta BiH i Zakonom o zdravstvenom osiguranju Brčko

Grafikon 2. Grafički prikaz strukture sistema zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj



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*.<sup>4</sup>

#### 1.4. 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 osiguranje<sup>5</sup> (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.<sup>6</sup> 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 70%) u poređenju sa Federacijom BiH (oko 86%). 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.

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 Zapadnohercegovačkom kantonu (preko 95%) dok je, primjera radi, u Kantonu 10 obuhvat ispod 64%.

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.

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

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

6 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 1. Prikaz pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem u FBiH i RS-u

Godina	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
Federacija BiH	83,9%	85,1%	84,6%	85,6%	86,5%	86,5%	86,4%	85,9%
Republika Srpska	67,1%	71,2%	66,1%	69,5%	68,7%	77,84*	77,74*	77,76*

\*Metodološko objašnjenje: Do naglog povećanja procenta obuhvata u RS-u došlo je prije svega zbog 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. Ako bi se zadržao ranije procijenjeni broj stanovnika, procenat pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem bi u RS-u i dalje bio oko 70%.

Tabela 2. Prikaz pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem u FBiH – po kantonima

KANTON	OBUHVAT STANOVNIŠTVA ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM - procentualno					
Godina	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
Unsko-sanski	72,98	73,25	73,78	73,96	73,35	72,16
Posavski	79,11	79,12	79,31	76,69	76,44	75,46
Tuzlanski	87,82	87,87	89,4	89,72	88,86	88,11
Zeničko-dobojski	82,47	86,29	86,65	86,9	86,75	85,9
Bosansko-podrinjski	77,62	78,24	79,2	80,82	79,37	78,6
Srednjobosanski	84,23	85,32	86,82	85,46	86,32	85,79
Hercegovačko-neretvanski	84,36	84,21	85,07	85,22	86,13	86,61
Zapadnohercegovački	89,65	92	91,79	97,32	99,95	96,5
Sarajevo	93,94	94,49	95,74	95,08	94,92	95,64
Kanton 10	66,84	66,7	67,07	63,84	63,94	63,7
UKUPNO	84,55	85,55	86,52	86,47	86,43	85,96

Izvor: Federalni zavod za osiguranje i reosiguranje

## 2. Potrošnja u zdravstvu

Prema podacima Agencije za statistiku BiH iz posljednjeg *Nacionalnog zdravstvenog računa* ukupna potrošnja za zdravstvo u Bosni i Hercegovini na kraju 2015. godine iznosila je dvije milijarde i 669 miliona KM. Od toga su javni izdaci iznosili milijardu i 895 miliona KM ili 71%, a privatni 774 miliona KM ili 29%. Takođe se može primijetiti izražen trend rasta ukupne potrošnje za zdravstvo koja je samo u periodu od 2010. do 2015. godine narasla čak za 600 miliona KM.

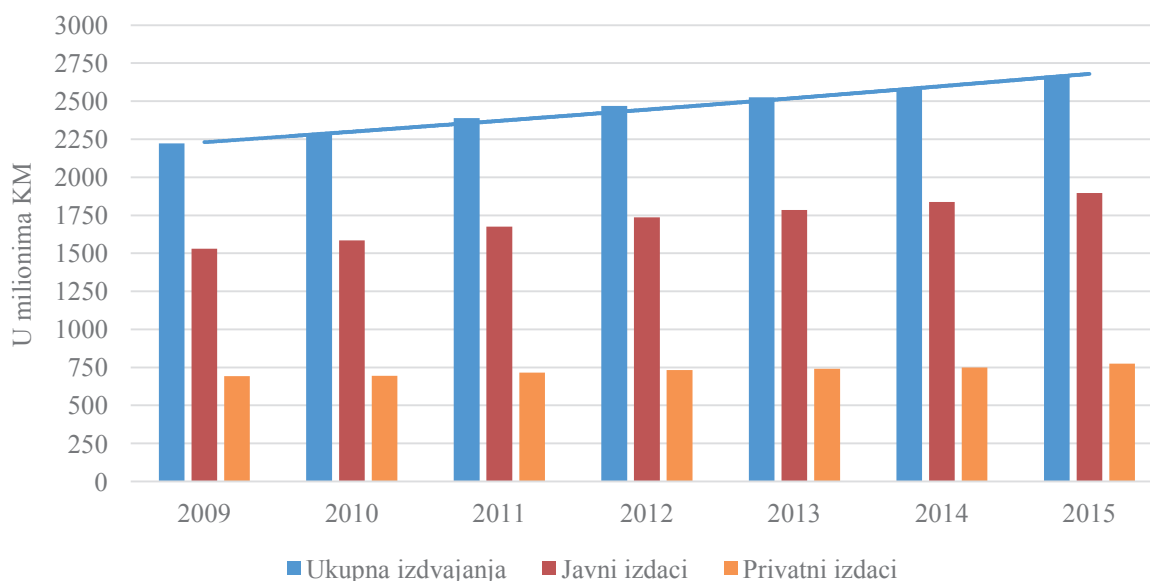
Istovremeno sa rastom ukupnih izdvajanja proporcionalno su rasli javni i privatni izdaci, s tim da su se privatni izdaci za zdravstvo povećali sa 693 miliona KM u 2009. na 774 miliona KM u 2015. godini. Ako se posmatra navedena struktura potrošnje po

namjeni, onda se može uočiti da najveći dio izdvajanja ide za usluge liječenja (više od 50%), zatim za medicinska sredstva za vanbolničke pacijente (većim dijelom se finansira iz privatnih sredstava), pomoćne usluge zdravstvene zaštite itd.

Nadalje, 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 većine evropskih zemalja (Grafikon 4).

Evropske države koje izdvajaju više od 10% svog BDP-a su Švajcarska, Švedska, Francuska, Njemačka, Holandija, Danska, Belgija i Austrija. Nasuprot njima, ukupna potrošnja za zdravstvo

Grafikon 3. Pregled ukupne potrošnje u zdravstvu BiH



Izvor: Statistika nacionalnih zdravstvenih računa

Tabela 3. Ukupna potrošnja za zdravstvo u BiH po namjeni (u 000 KM)

Namjena usluga zdravstvene zaštite	Svi izvori	% kao javni izdaci	% kao privatni izdaci
Izvori finansiranja			
Svi izvori finansiranja	2.669.796	71%	29%
HC.1 Usluge liječenja	1.461.119	80%	20%
HC.2 Usluge rehabilitacije	72.832	65%	35%
HC.3 Usluge dugotrajne medicinske njege	26.617	100%	-
HC.4 Pomoćne usluge zdravstvene zaštite	211.359	83%	17%
HC.5 Medicinska sredstva za vanbolničke pacijente	729.341	45%	55%
HC.6 Preventivna zdravstvena zaštita	43.651	100%	-
HC.7 Zdravstvena administracija i zdrav. osiguranje	124.876	97%	3%

Izvor: Nacionalni zdravstveni računi za BiH za 2015. godinu

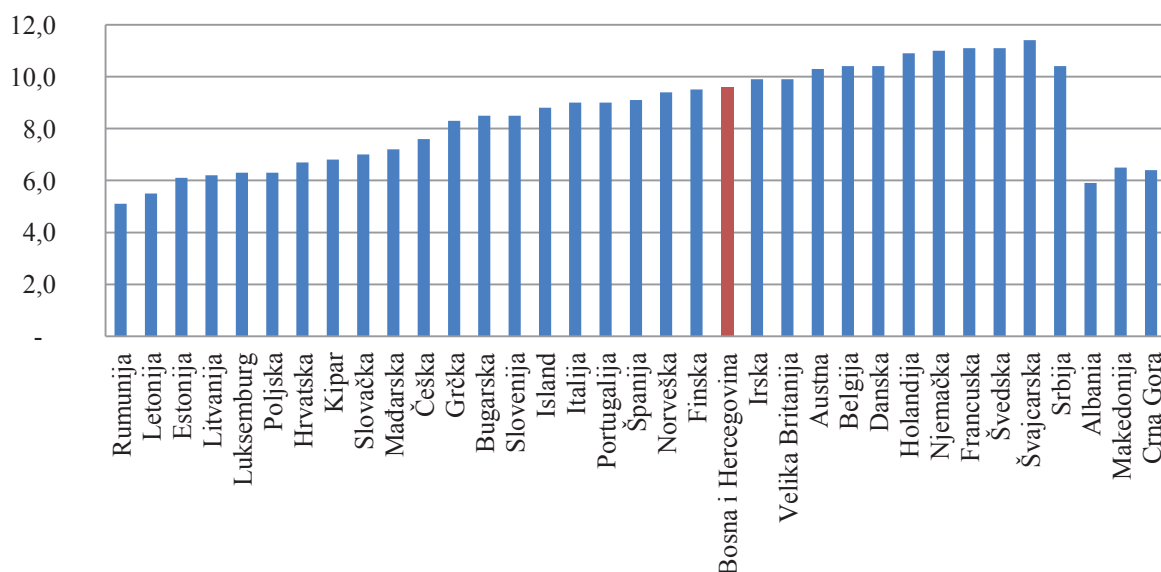
iznosila je manje od 6,5% BDP-a u Rumuniji, Letoniji, Estoniji, Litvaniji, Luksemburgu i Poljskoj. Ilustracije radi, nivo ukupnih izdavanja za zdravstvo u Njemačkoj je u 2014. godini iznosio 321 milijardu eura, što je najveća vrijednost među zemljama članicama EU-a i što je skoro 300 puta više u odnosu na 1,3 milijarde eura koliko izdvaja BiH.

Posmatrani statistički, podaci ukazuju na relativno visok nivo izdavanja za zdravstvo u BiH, međutim, ako se ta statistička slika upotpuni podacima

o ukupnoj potrošnji za zdravstvo po stanovniku, onda je Bosna i Hercegovina sa 464 USD<sup>7</sup> *per capita* pri samom dnu evropske ljestvice. Poređenja radi, u zemljama poput Njemačke, Holandije, Danske, Norveške i u drugim razvijenim zemljama ova izdavanja su čak 10 do 20 puta veća po stanovniku. To znači da je u Bosni i Hercegovini potrošnja za zdravstvo po stanovniku realno niska, prije svega zbog niskog BDP-a. To je dijelom

<sup>7</sup> Podaci Svjetske zdravstvene organizacije za BiH u 2014. godini.

Grafikon 4. Ukupna izdvajanja za zdravstvo kao procenat BDP-a



Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2014. godinu (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>)

i razlog zbog kojeg postoji trend povećane tražnje za zdravstvenim uslugama u privatnom sektoru. Drugim riječima, privatna potrošnja za zdravstvo u BiH je uslovljena relativno niskom realnom javnom potrošnjom po stanovniku koja očito ne može zadovoljiti visoka očekivanja stanovništva u vezi sa zdravstvenim uslugama, (visoka stopa informisanosti stanovništva, dostupnost informacija, visoka povezanost sa evropskim zemljama), a što dalje utiče na traženje tih usluga u privatnom sektoru.<sup>8</sup> To potvrđuju podaci o privatnoj potrošnji za zdravstvene usluge u BiH (Grafikon 5).

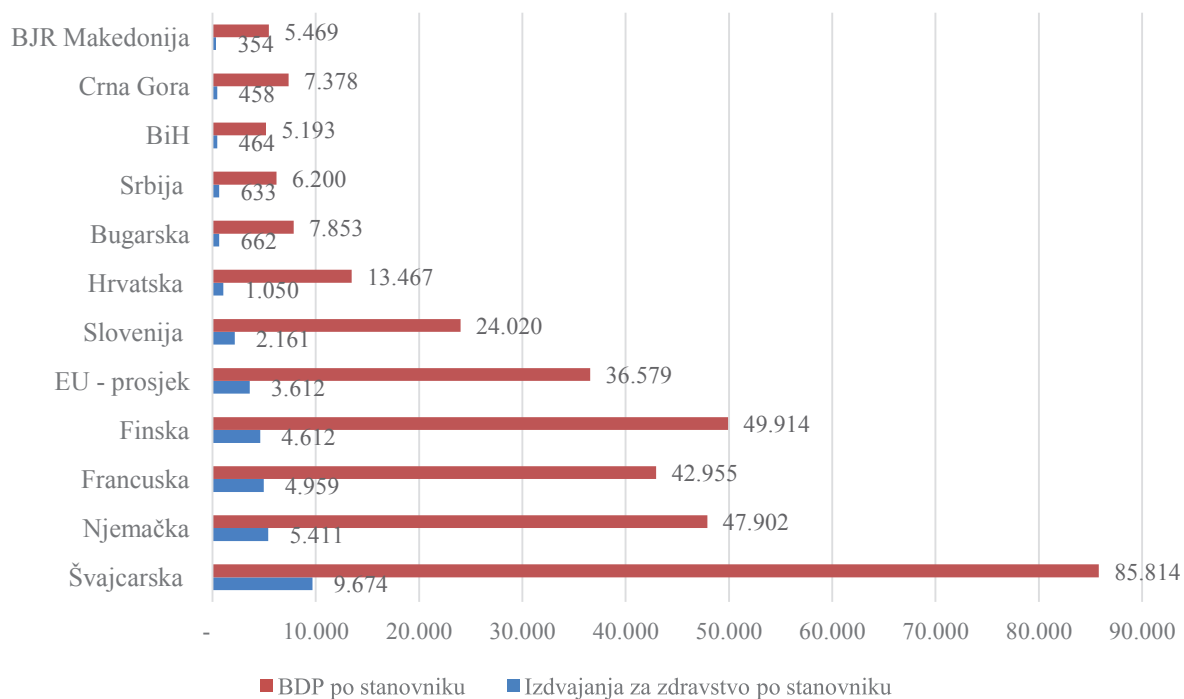
Nasuprot niskoj ukupnoj potrošnji po glavi stanovnika Bosna i Hercegovina ima relativno visok udio privatne potrošnje koju stanovništvo izdvaja za zdravstvenu zaštitu. Posmatrano kroz odnos prema BDP-u, udio privatne potrošnje u BiH je relativno visok – 2,76% BDP-a. Poređenja radi, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2014. godinu udio privatne potrošnje u Hrvatskoj iznosio je 1,4% BDP-a, u Sloveniji 2,6% a na nivou EU-a u prosjeku 2,2%. Udio privatne potrošnje za zdravstvenu zaštitu u BiH je visok i ako se posmatra u

odnosu na ukupnu potrošnju, znatno viši od prosjeka EU-a i većine evropskih zemalja (Grafikon 6).

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 banjskim 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

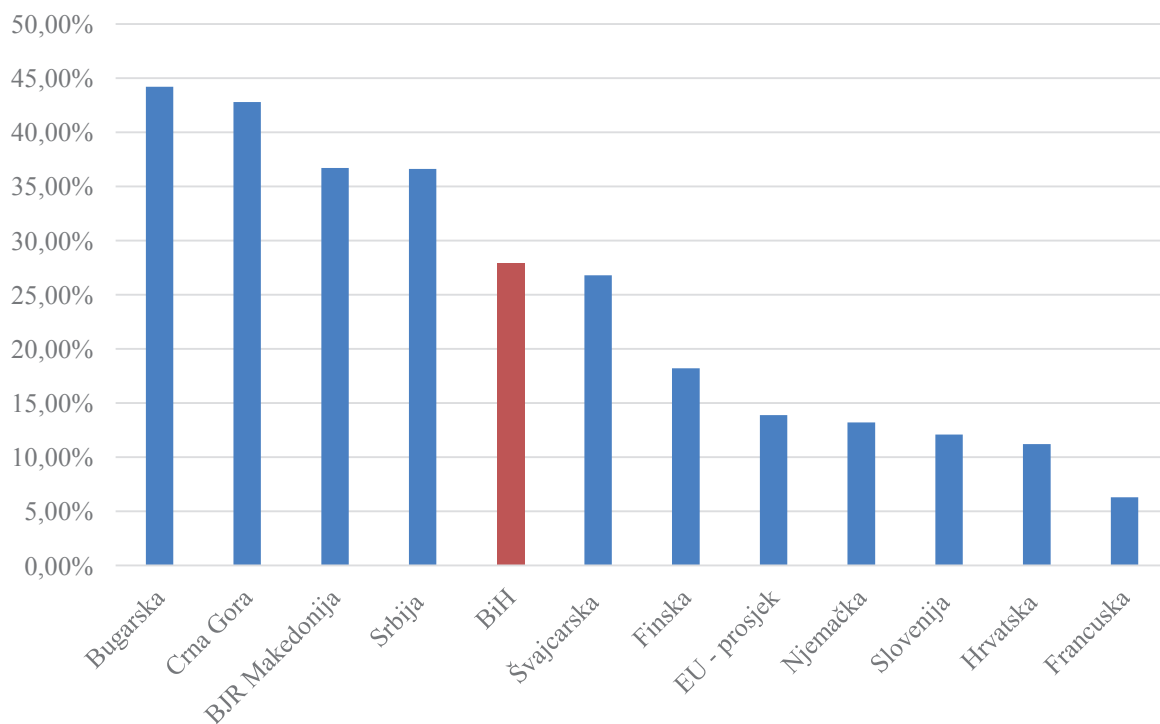
<sup>8</sup> „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.–2011.“, projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*.

Grafikon 5. Ukupna potrošnja za zdravstvo po stanovniku u odnosu na BDP po stanovniku



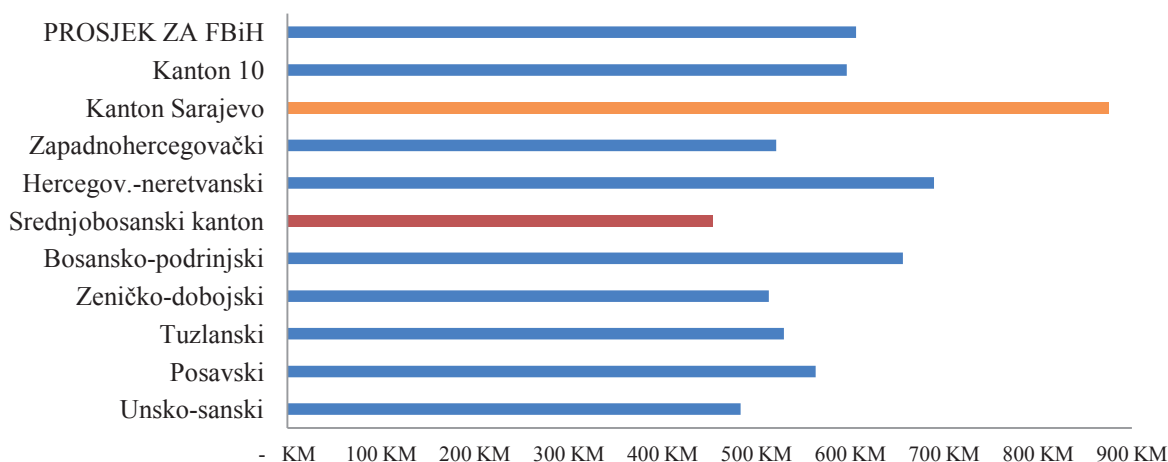
Izvor: Svjetska banka (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>)

Grafikon 6. Udio privatne potrošnje u ukupnoj potrošnji u zdravstvu



Izvor: Svjetska banka (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>)

Grafikon 7. Prosječna potrošnja iz obaveznog osiguranja po osiguranom licu u FBiH



Izvor: Federalno ministarstvo zdravstva: Informacija o stanju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine, juni 2016.

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.<sup>9</sup>

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

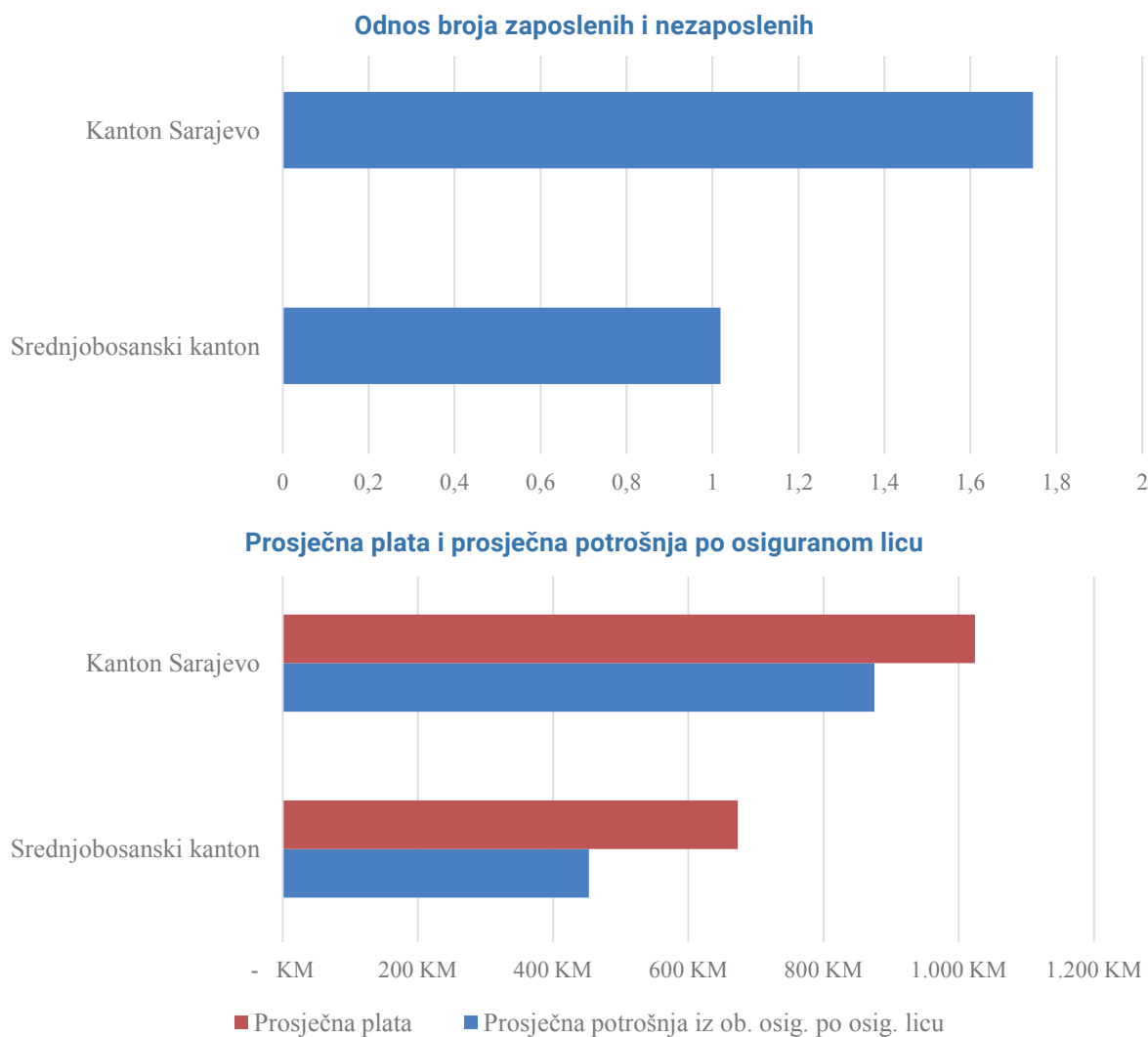
cijele BiH. Posebno su izražene razlike po kantonima u Federaciji BiH, što je vidljivo na Grafikonu 7.

Prosječna ukupna potrošnja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osiguranom licu u Federaciji BiH u 2015. godini iznosila je 606 KM, s tim da se prosječna potrošnja kretala od 453 KM u Srednjobosanskom kantonu do 875 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.

Važno je napomenuti da finansiranje javnog sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH nije uređeno na jedinstven način, već se razlikuje u kantonima. 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

<sup>9</sup> „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.–2011.“, projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*.

Grafikon 8. Razlika u ekonomskoj snazi i izdvajanjima za zdravstveno osiguranje između Srednjobosanskog i Kantona Sarajevo – podaci za 2015. godinu



Izvor: Kalkulacije autora

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.

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 osiguranjem 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 odluka,<sup>10</sup> ali bez konkretnijeg uspjeha. Ovi pokušaji da se smanji nejednakost

<sup>10</sup> 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.

u ostvarivanju prava na zdravstvene usluge nisu do sada uključivali intervencije i pristupe koji podrazumijevaju redefinisane strukture izvora finansiranja.

### 3. Odnos prihoda i rashoda

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. 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 2016. godini iznosili su 625 miliona i 700 hiljada KM, dok su rashodi u istom periodu iznosili 654 miliona i 230 hiljada KM, što znači da je taj segment javnog sektora samo u protekloj godini poslovao s gubitkom od preko 20 miliona KM. Pregled ostvarenih prihoda i rashoda unazad nekoliko godina ukazuje na to da u prosjeku svake godine javnom sektoru zdravstva u RS-u nedostaje oko 15 miliona KM.

Tabela 4. Pregled prihoda i rashoda u javnom sektoru zdravstva u RS-u 2006.–2016.

Godina	Prihodi (u 000 KM)	Rashodi (u 000 KM)	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

Izvor: Glavna služba za reviziju javnog sektora u RS-u, izvještaji Fonda zdravstvenog osiguranja 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 2016. godinu iznosile 185.245.483 KM, od čega se na dugoročne obaveze po kreditnim zaduženjima odnosi 138.569.632 KM, a na obaveze po kreditnim zaduženjima koje dospijevaju na naplatu u 2017. godini odnosi se 46.675.850 KM.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>

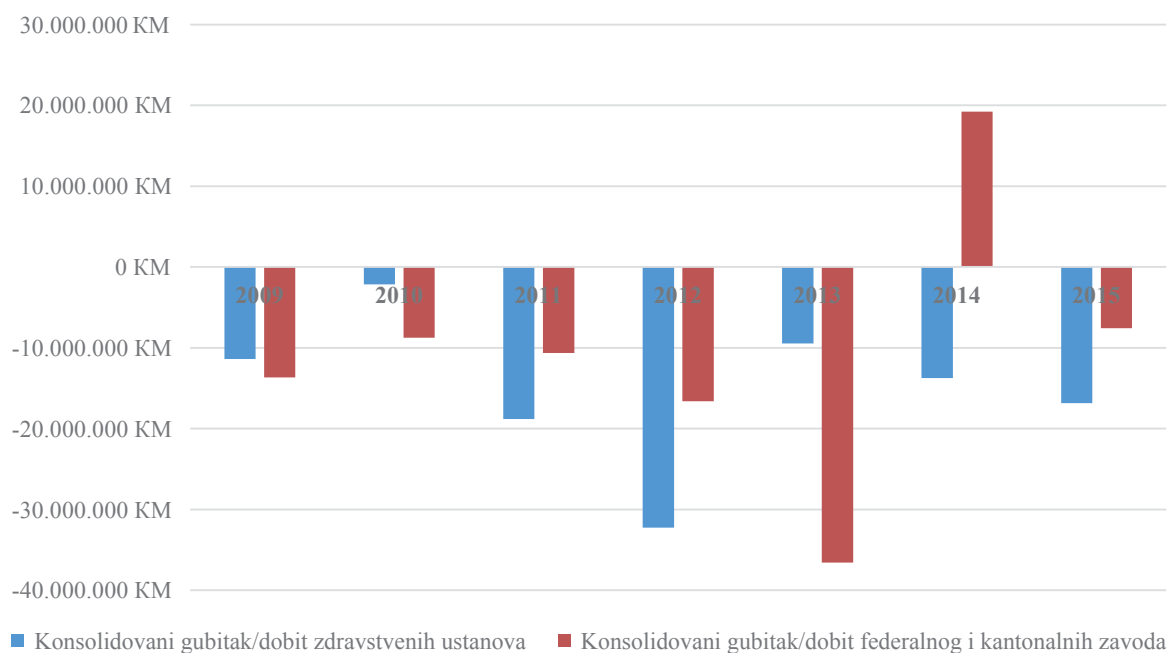
Slična situacija je i u Federaciji BiH. Prema konsolidovanim podacima Zavoda za zdravstveno osiguranje i reosiguranje iz *Obračuna sredstava u zdravstvu Federacije BiH* u zdravstvenom sektoru FBiH kao cjelini u 2015. godini iskazan je konsolidovan gubitak u ukupnom iznosu 24.422.534 KM. Višak rashoda nad prihodima iskazan je u zavodima zdravstvenog osiguranja (federalnom i kantonalnim) u ukupnom iznosu 7.585.478 KM, dok je kod zdravstvenih ustanova i djelatnika (javnih i privatnih) iskazan gubitak od 16.837.056 KM. Od toga su najveći gubici ostvareni u tri klinička centra: UKC Sarajevo, SKB Mostar i UKC Tuzla.

Kada se govori o finansijskim rezultatima kantonalnih zavoda za zdravstveno osiguranje, prisutne su značajne razlike, kako u pogledu provođenja zdravstvene zaštite, tako i u iskazanim rezultatima u poslovanju zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova. Zavodi zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, Tuzlanskog, Zeničko-dobojskog, Srednjobosanskog i Kantona Sarajevo

<sup>11</sup> Odgovor na poslaničko pitanje <http://www.narodnaskupstinars.net/?q=la/narodna-skupstina/poslanicka-pitanja-i-odgovori/narodni-poslanik-milan-%C5%A1vraka-fondu-zdravstvenog-osiguranja-republike-srpske>.

<sup>12</sup> Ukupna dugovanja svih poreskih obveznika, po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje, na dan 31. 12. 2016. godine prema FZO-u RS-a iznosila su 279.695.819 KM. Prema podacima FZO-a RS-a, zdravstvene ustanove, Vlada RS-a i ostali budžetski korisnici po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje, sa stanjem uplata na dan 31. 12. 2016. godine dugovali su ukupno 103.778.313 KM, od čega su samo dugovanja za 2016. godinu iznosila 73.169.711 KM, a dugovanja iz ranijeg perioda 30.116.916 KM.

Grafikon 9. Poslovanje finansijskog sektora FBiH kao cjeline u periodu 2009.– 2015.



Izvor: Godišnji obračuni sredstava u zdravstvu Federacije BiH – Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH

pozitivno su poslovali i u 2015. godini ostvarili pozitivan rezultat u ukupnom iznosu 7.870.872 KM, dok su ostali kantonalni zavodi poslovali s gubitkom u ukupnom iznosu 15.456.350 KM.

Kao i u Republici Srpskoj, federalni i kantonalni fondovi zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH takođe su suočeni sa hroničnim problemom nelikvidnosti; u 2015. godini ukupno nenaplaćena potraživanja fondova iznosila su 120.338.853 KM i u porastu su u odnosu na isti period 2014. godine.

#### 4. Izvori finansiranja i struktura osiguranika

Prema *Statistici nacionalnih zdravstvenih računa* koju objavljuje Agencija za statistiku BiH, od ukupnih izdataka u zdravstvu u 2014. godini (koji su iznosili dvije milijarde i 587 miliona KM) 71% je finansirano iz javnih, a 29% iz privatnih izvora.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Javni izvori podrazumijevaju fondove obaveznog zdravstvenog osiguranja i budžetska sredstva, dok u privatne izvore spadaju različiti oblici participacije, direktna plaćanja kod privatnih zdravstvenih radnika, za

Posmatrano istorijski, u periodu nakon rata u BiH učešće javnih izvora se povećalo. U 1995. godini ono je iznosilo 37,1% da bi 2009. godine dostiglo 70,6% i nakon toga se zadržalo na nivou oko 70-71%, što se može vidjeti na Grafikonu 10.

U odnosu na drugih 29 evropskih zemalja sa kojima je vršeno poređenje po ovom parametru Bosna i Hercegovina se u 2014. godini nalazila na 17. mjestu i ispod prosjeka članica EU-a koji je iznosio 76,2%. Na prvom mjestu bila je Holandija sa 87%, a na posljednjem Albanija sa 49,9%. Od bivših jugoslovenskih republika najviša je bila Hrvatska sa 81,9%, a najniža Srbija sa 61,9%, što se može vidjeti na Grafikonu 11.

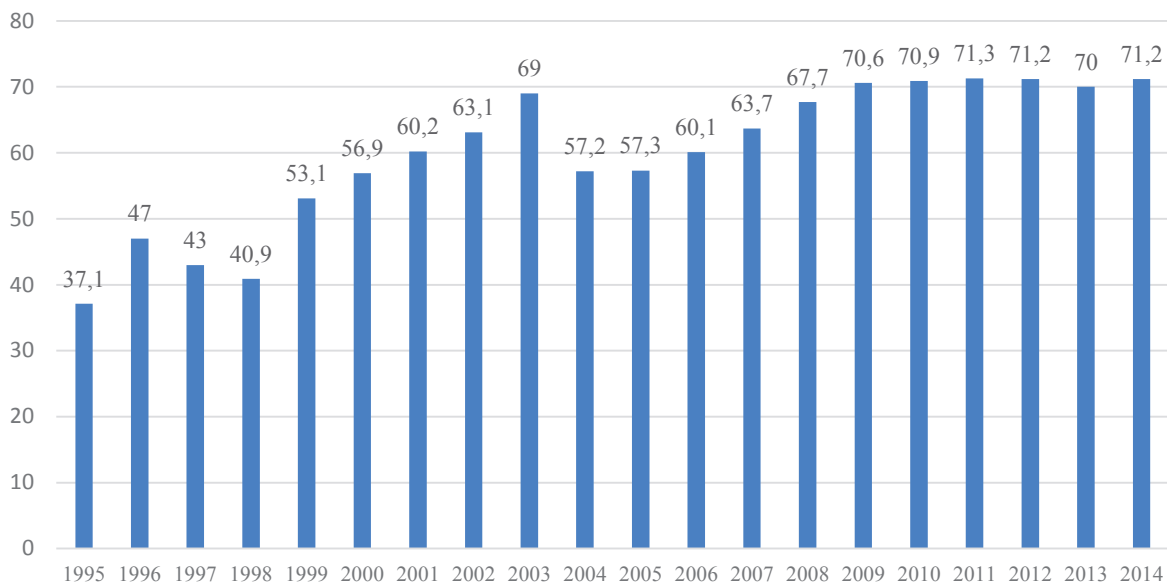
Od čega se sastoje izvori za finansiranje javne potrošnje, a od čega za finansiranje privatne potrošnje za zdravstvo u BiH (Tabela 5)?

##### 4.1. Izvori finansiranja javne potrošnje

lijekove i druga terapijska pomagala kao i neformalna (tj. nezakonita) plaćanja za zdravstvene usluge.

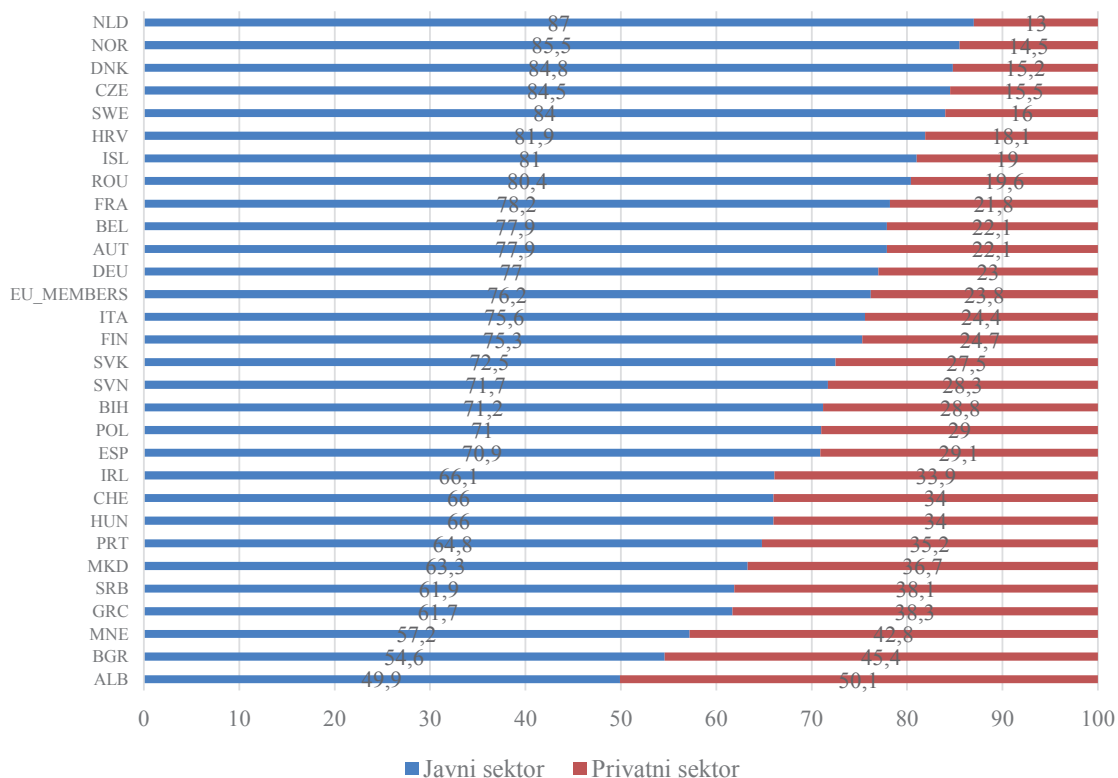


Grafikon 10. Potrošnja javnog sektora na zdravstvo kao % ukupne potrošnje na zdravstvo u BiH, procjene Svjetske zdravstvene organizacije



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

Grafikon 11. Potrošnja javnog i privatnog sektora na zdravstvo kao % ukupne potrošnje na zdravstvo, procjene Svjetske zdravstvene organizacije, 2014. godine



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

Tabela 5. Ukupna potrošnja u zdravstvu prema izvorima finansiranja, BiH, 2011. godine\*

	U hiljadama KM	Udio u ukup. potrošnji
Ukupna potrošnja	2.568.806	100,0%
Javna potrošnja	1.841.871	71,7%
Budžet institucija BiH	524	0,02%
Budžeti entiteta	89.041	3,5%
Budžeti kantona	73693	2,9%
Fond/zavodi zdravstvenog osiguranja	1.669.826	65,0%
Lokalne zajednice	5924	0,2%
Privatna potrošnja	726.935	28,3%
Dobrovoljna plaćanja	23.484	0,9%
Direktna plaćanja domaćinstava	703.451	27,4%

\*Napomena: Korišteni su podaci za 2011. godinu zbog dostupnosti podataka o detaljnijoj strukturi potrošnje prema izvorima finansiranja za ovu godinu.

Izvor: „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.–2011.“, projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*.

Prema dostupnim detaljnijim podacima za 2011. godinu,<sup>14</sup> najveći dio javne potrošnje se pokriva iz socijalnog i zdravstvenog osiguranja, koji učestvuju sa više od 90% u javnoj potrošnji, a u ukupnoj potrošnji sa 65%. Budžeti svih nivoa vlade pokrivaju samo 9% javne potrošnje, tj. 6% ukupne potrošnje.

U Bosni i Hercegovini se budžetska sredstva za zdravstvo pretežno koriste za finansiranje kapitalnih investicija i neke programe u oblasti javnog zdravlja i prevencije. Iz lokalnih budžeta finansiraju se određene investicije na primarnom nivou. Učešće budžeta entiteta i kantona u javnoj potrošnji bilo je 4,9% i 4,0% respektivno, dok je učešće budžeta lokalnih zajednica i institucija sa nivoa BiH ukupno bilo 0,3%.

U poređenju sa drugim zemljama učešće budžeta u finansiranju ukupne potrošnje u zdravstvu u BiH je među najnižima. To znači da u našoj zemlji postoji visoka oslonjenost na finansiranje putem osiguranja (Bizmarkov model), a prije svega iz doprinosa za zdravstvenu zaštitu koji predstavljaju dio bruto plata zaposlenih. Ovo znači da ekonomski ciklusi (koji utiču na kretanja u broju zaposlenih i visinu prosječne plate) imaju jak uticaj

na raspoloživa sredstva, što stvara određeni nivo finansijske nestabilnosti zdravstvenog sistema.

Doprinosi su činili čak 88,5% javnih prihoda sektora zdravstva u Federaciji BiH u 2014. godini (u kojima su doprinosi zaposlenih činili čak 94,4%).<sup>15</sup> I u Republici Srpskoj učešće doprinosa je visoko. Prema podacima iz 2016. godine doprinosi na platu su činili 91,3% javnih prihoda sektora zdravstva u RS-u.<sup>16</sup> To znači da je teret finansiranja zdravstvenog osiguranja prema sadašnjem modelu u najvećoj mjeri na leđima zaposlenih i poslodavaca. Istovremeno to su i jedine kategorije stanovništva koje u finansijskom smislu doprinose javnom sistemu zdravstvene zaštite (više uplate nego što potroše) za razliku od svih drugih kategorija (nezaposleni, penzioneri, djeca, učenici, studenti, poljoprivrednici itd.).

Potrebno je navesti i da BiH ima relativno visoko učešće neformalne ekonomije (koja ne doprinosi stvaranju javnih prihoda za sektor zdravstva) čija je veličina kroz različita istraživanja procijenjena između 25% i 57% BDP-a.<sup>17</sup>

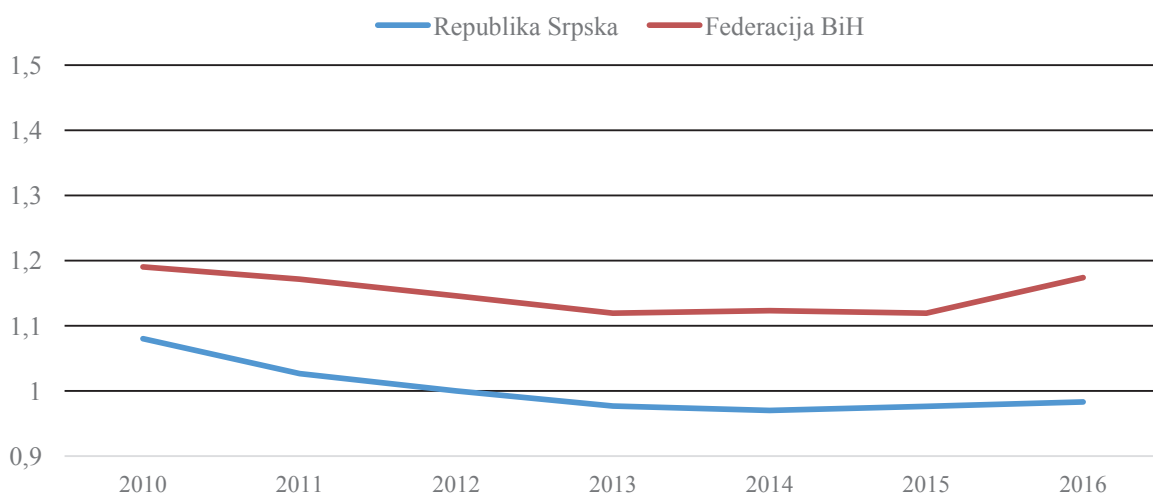
<sup>15</sup> „Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji BiH“, Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, 2015.

<sup>16</sup> „Izveštaj o provedenoj finansijskoj reviziji Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske za period 1. 1.– 31. 12. 2016. godine“, Glavna služba za reviziju javnog sektora Republike Srpske.

<sup>17</sup> Podaci iz publikacije „Oporezivanje rada i neformalna ekonomija“, Udruženje GEA, 2016.

<sup>14</sup> Podaci iz izvještaja „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.–2011.“, projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*.

Grafikon 12. Kretanje broja odnosa zaposlenih i broja penzionera u periodu 2010.–2016.



Izvori: Federalni zavod za statistiku i Republički zavod za statistiku RS-a

I podaci u sljedećoj tabeli ukazuju na problem neravnomjerne podjele troškova zdravstvenog osiguranja. Ono što je specifičnost BiH za razliku od većine drugih zemalja jeste činjenica da ne postoji jedinstvena stopa doprinosa za sve kategorije osiguranika ili stopa sa manjom razlikom između doprinosa za zaposlena lica i stope za penzionere. Prema sadašnjem modelu finansiranja, zaposlena lica (koja čine tek neznatno više od trećine ukupnog broja osiguranika) iz „viška“ svojih doprinosa pokrivaju „manjak“ prihoda u odnosu na prosječne rashode kod svih ostalih kategorija osiguranika.

Tabela 6. Struktura osiguranika i učešća u ukupnom prihodu FZORS-a

Kategorija osiguranika	Učešće u ukupnom broju osiguranika	Učešće u ukupnom prihodu
Zaposleni	35,1%	83,9%
Penzioneri	33,4%	2,9%
Poljoprivrednici	0,4%	0,3%
Nezaposlena lica	24,6%	7,3%
Ratni vojni invalidi	0,8%	0,1%
Izbjegli i raseljena lica	0,1%	0,1%
Ino osiguranici	5,3%	4,9%
Centar za socijalni rad	0,4%	0,4%

Izvor: Strateški plan FZORS-a 2014.–2018.

Nepovoljna struktura u odnosu broja zaposlenih i broja penzionera još više ugrožava dugoročnu održivost sadašnjeg modela. Mjesečni doprinos za zdravstveno osiguranje penzionera u RS-u u prosjeku je iznosio 3,1 KM u 2013. godini i bio je višestruko manji od prosječnog troška zdravstvene zaštite ove kategorije osiguranika.

U većini evropskih zemalja kao i u zemljama okruženja učešće penzionera u ukupnim prihodima je značajno veće nego u Republici Srpskoj i Federaciji BiH. Prema podacima iz 2011. godine u Srbiji je to iznosilo 24%, u Crnoj Gori 19,9%, u Makedoniji 21,8%, a u Sloveniji 16,6%. Pred toga, nepovoljan trend kretanja broja zaposlenih i penzionera ukazuje na to da će fondovi zdravstvenog osiguranja u oba entiteta, posebno u Republici Srpskoj, u narednom periodu biti izloženi dodatnom pritisku u pogledu svoje finansijske pozicije.

Podaci o deficitima zdravstvenih fondova u FBiH i RS-u nedvosmisleno ukazuju na neodrživost postojećeg modela finansiranja zdravstvene zaštite u oba entiteta.

Jednim dijelom, pod uticajem međunarodne zajednice, strateško opredjeljenje vlada u BiH jeste da je potrebno smanjiti nivo oporezivanja rada radi stimulanja zapošljavanja u formalnom sektoru i jačanja konkurentnosti domaće privrede. Konkretno, *Reformskom agendom za BiH za period 2015. – 2018.*, koju su potpisali Vijeće ministara BiH, entitetske i kantonalne vlade i Vlada Brčko distrikta, predviđeno je smanjenje visine doprinosa za zdravstvo.

Ne ulazeći ovdje u mogućnosti rashodovnih ušteđavanja zdravstvenog sektora kroz različite reforme, sve navedeno sugerije da postoji potreba za pomjeranjem u pravcu smanjenja učešća doprinosa i većeg oslanjanja na finansiranje iz drugih („nedoprinosnih“) izvora prihoda. *Reformskom agendom za BiH* je utvrđena jedna mjera u tom pravcu – povećanje akciza na duvan i alkohol kao direktnih prihoda fondova zdravstvenog osiguranja entiteta, kantona i Brčko distrikta.

Dodatno smanjenje doprinosa na zdravstvo je moguće postići povećanjem i stvaranjem drugih direktnih poreza ili blagog povećanja indirektnih poreza. Treba naglasiti da ovakvo „poresko pomjeranje“ (od oporezivanja rada prema oporezivanju bogatijih slojeva društva i potrošnje) može imati i stimulativne efekte na ekonomske rezultate BiH:

- stimulisanje zapošljavanja sniženjem ukupnih troškova rada za poslodavca;

- povećanje konkurentnosti domaće ekonomije smanjenjem troškova rada i povećanim oporezivanjem uvoznih proizvoda (povećana stopa PDV-a);
- stvaranje mogućnosti za povećanje ličnih primanja radnika ako se jedan dio smanjenja oporezivanja rada iskoristi za ovu namjenu.<sup>18</sup>

#### 4.2. Izvori finansiranja privatne potrošnje

Prema nalazima za 2014. godinu Agencije za statistiku BiH iz posljednjeg *Nacionalnog zdravstvenog računa*, učešće privatne potrošnje u ukupnoj potrošnji za zdravstvo je iznosilo 29,2%. U strukturi privatnih izdataka dominirali su izdaci domaćinstava iz džepa (96,9%), dok se ostalo odnosilo na preduzeća i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Prema detaljnijim podacima za 2011. godinu, u izdacima domaćinstava najveće učešće su imali izdaci za lijekove i terapijska sredstva, što znači da su vršena značajna plaćanja lijekova koji nisu na listama ili troškova participacije. Nakon toga slijede izdaci za vanbolničko i bolničko liječenje, a u bolničkom liječenju visoko učešće imaju neformalna (tj. nelegalna) plaćanja, što ukazuje na relativno visok nivo korupcije u zdravstvenom sektoru. Od ukupnih sredstava koja se potroše za vanbolničku stomatološku zaštitu u BiH čak se 65% finansiralo iz privatnih izvora, što sugerije da većina stanovništva koristi usluge privatnih stomatoloških radnika.<sup>19</sup>

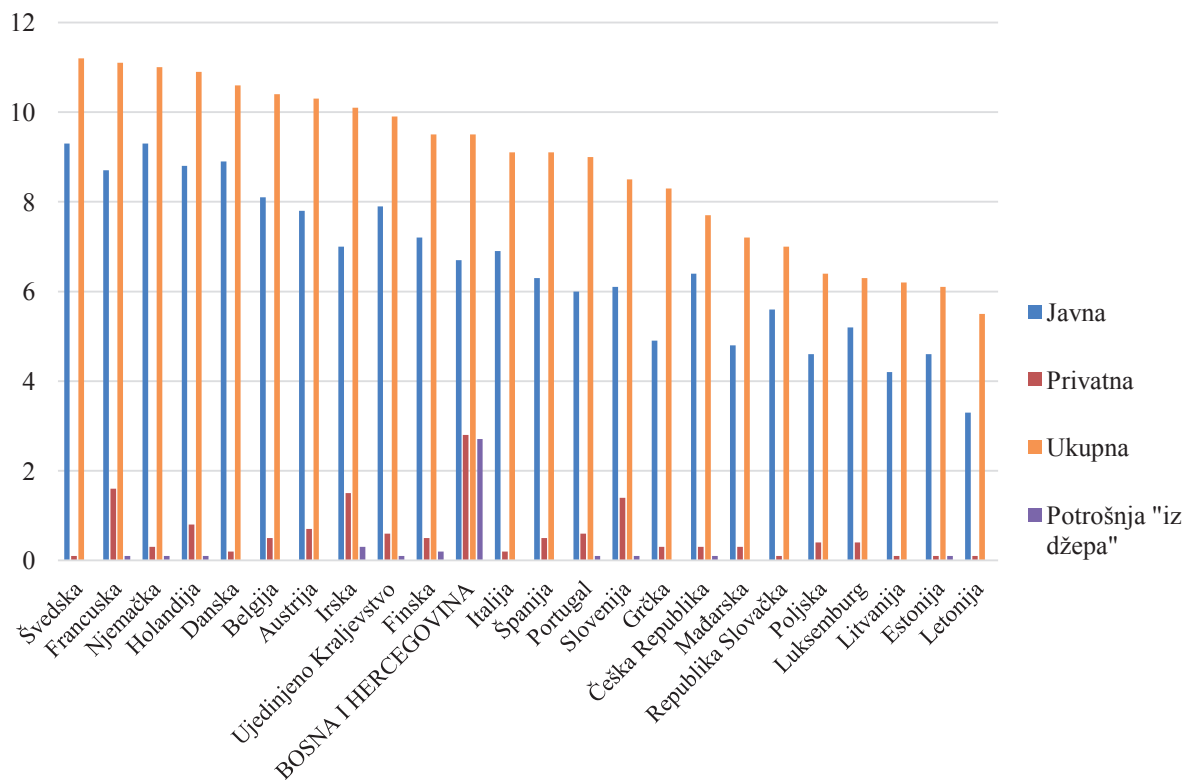
#### 5. Uticaj plaćanja „iz džepa“ na siromašne

Već je navedeno da je ukupna potrošnja za zdravstvo u BiH u 2015. godini iznosila nešto više od 2,6 milijardi maraka, od čega je učešće privatnih izdataka bilo 774 miliona KM ili 29%. Kada se govori o privatnim izdacima u zdravstvu, onda treba imati na umu da tu spadaju izdvajanja privatnih zdravstvenih osiguranja i izdvajanja „iz džepa“

<sup>18</sup> „Kako do nižeg oporezivanja rada bez štete za javne fondove“, Đukić, O. i Tomić, M. 2013.

<sup>19</sup> Podaci iz izvještaja „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.-2011.“, projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*.

Grafikon 13. Ukupna, javna, privatna i plaćanje „iz džepa“ u zdravstvu u odnosu na BDP – podaci za 2014. godinu



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, Nacionalni zdravstveni račun

stanovništva. U osnovi, ako se smanji javna potrošnja, povećava se privatna i obrnuto. Često se kaže da kvalitet zdravstvenog sistema jedne države zavisi, između ostalog, i od toga koliko novca građani izdvajaju iz džepa za zdravstvenu zaštitu. Države sa najboljim zdravstvenim sistemima u Evropi, kao što su Francuska, Holandija, Njemačka, Slovenija, Austrija, Švedska, istovremeno imaju i najmanja izdvajanja iz džepova pacijenata (Grafikon 13).

Treba naglasiti da direktna plaćanja iz džepa uključuju formalna i neformalna plaćanja, pri čemu formalna plaćanja, po metodologiji izrade *Nacionalnog zdravstvenog računa*, obuhvataju participaciju u javnim zdravstvenim uslugama i participaciju za lijekove, druga direktna plaćanja kod privatnih zdravstvenih radnika (zubari, specijalisti, dijagnostika, kupovina naočala i sl.) kao i plaćanje za lijekove bez recepta i druga terapijska pomagala. Neformalna plaćanja su najveća

za bolničke usluge, a odnose se na nezakonito plaćanje za zdravstvene usluge.

Ono što je još važnije, davanja direktno iz džepa za zdravstvene usluge su davanja koja su najsiromašnijim domaćinstvima i stanovnicima iznos koji obično ne mogu sebi priuštiti. Najčešće su ovi iznosi razlog za odgađanje i izbjegavanje liječenja, što potvrđuju i nalazi ranijih istraživanja koji govore o tome kako je nejednakost u pristupu zdravstvenim uslugama generalno veća u zemljama sa višim plaćanjima direktno iz džepa (Buzeti et al., 2011., str. 63). Ako se podaci iz *Nacionalnog zdravstvenog računa* od 756 miliona KM privatnih izdvajanja za zdravstvene usluge u 2014. godini stave u odnos sa procentom izdvajanja „iz džepa“<sup>20</sup> i brojem stanovnika u BiH, onda se može doći do iznosa koji bh. građani godišnje u prosjeku daju iz svog

<sup>20</sup> Prema podacima Svjetske banke (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>) 96,9% privatnih izdvajanja za zdravstvo se u 2014. godine odnosilo na davanja „iz džepa“.

džepa za zdravstvene usluge. Prema podacima za 2014. godinu ta izdvajanja su za jedno tročlano domaćinstvo iznosila više od 50 KM mjesečno.

S druge strane, prema rezultatima sprovedene *Ankete o potrošnji domaćinstava* iz 2015. godine, stopa relativnog siromaštva stanovništva u Bosni i Hercegovini bila je 16,9%. To znači da je u 2015. godini preko 500.000 stanovnika živjelo ispod praga relativnog siromaštva (mjesečni prag relativnog siromaštva za jednočlano domaćinstvo u Bosni i Hercegovini u 2015. godini iznosio je 389,26 KM a za četveročlano domaćinstvo sa dvije odrasle osobe i dvoje djece mlađe od 14 godina 817,45 KM mjesečno). Mjesečna izdvajanja „iz džepa“ za zdravstvene usluge za ovu kategoriju populacije predstavljaju ozbiljno opterećenje, pa je zbog toga skoro pola miliona stanovnika vrlo često prinuđeno da odgađa nabavku potrebnih lijekova ili čak korištenje određenih zdravstvenih usluga, a o izdvajanjima za prevenciju da se i ne govori. Nema sumnje da visok udio plaćanja „iz džepa“ za najugroženije stanovništvo dodatno ograničava mogućnosti za izlazak iz zone siromaštva, o čemu je potrebno posebno voditi računa prilikom definisanja politika u oblasti javne zdravstvene zaštite.

## 6. Modeli finansiranja u zemljama EU-a

Modeli zdravstvene zaštite u Evropskoj uniji, gledano prema izvoru finansiranja, obično se dijela na tri osnovna modela:

- *Bizmarkov model obaveznog zdravstvenog osiguranja*, u kojem se zdravstvena zaštita finansira iz javnih sredstava;
- *Beveridžov model univerzalne zdravstvene zaštite*, u kojem se finansiranje takođe obezbjeđuje iz javnih sredstava, ali ona uglavnom dolaze iz opštih poreza, tj. iz budžetskih sredstava;
- *Model dobrovoljnog osiguranja*, koji se finansira iz privatnih uplata, a najčešće funkcioniše kao dopunski oblik zdravstvenog 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.<sup>21</sup>

Kod većine zemalja EU-a sistem zdravstvene zaštite je baziran na jednom od prvih dva modela (ali se finansiranje nadopunjuje iz drugih izvora). 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%.<sup>22</sup>

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) veliko je, npr. u Holandiji. Samo mali dio finansiranja zdravstvene zaštite u Evropskoj uniji dolazi po modelu direktnog plaćanja pacijenata za uslugu.

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

<sup>21</sup> *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*, Svjetska trgovinska organizacija, 2008.

<sup>22</sup> Podaci iz teksta *Financing Health Care in the European Union – Challenges and Policy Responses*, Thompson, S., Foubister, T., Mossialos, E. 2009.

Grafikon 14. Potrošnja na zdravstvenu zaštitu prema šemi finansiranja (% od tekuće potrošnje na zdravstvenu zaštitu), 2014. godine

	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts	Voluntary health insurance schemes	Financing schemes of non-profit institutions serving households	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payments	Rest of the world (non-resident)
Belgium	11.4	66.2	4.4	0.2	0.1	17.8	:
Bulgaria	8.8	44.2	0.3	0.5	0.4	45.8	:
Czech Republic	11.6	71.9	0.2	2.4	0.7	13.2	:
Denmark	84.2	:	2.0	0.0	:	13.8	:
Germany	6.6	78.0	1.5	0.5	0.5	13.0	:
Estonia	10.0	65.6	0.2	0.0	1.4	22.7	0.0
Ireland	69.0	0.3	12.7	:	2.6	15.4	:
Greece	28.4	31.3	3.6	0.1	0.0	35.4	1.2
Spain	65.0	4.8	5.2	0.4	:	24.7	:
France	4.1	74.5	13.7	0.0	0.7	7.0	0.0
Croatia	2.5	72.7	8.1	:	:	16.7	:
Italy	75.5	0.3	1.5	0.4	0.3	22.0	:
Cyprus	43.6	0.6	3.8	0.2	1.5	49.9	0.5
Latvia	59.9	:	0.9	0.3	:	38.9	:
Lithuania	10.1	57.5	0.8	0.0	0.1	31.5	0.1
Luxembourg	8.5	73.9	5.5	1.4	:	10.7	:
Hungary	9.4	57.6	2.6	1.4	0.6	28.4	0.0
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	4.8	75.8	5.9	0.3	0.9	12.3	:
Austria	31.2	44.7	4.9	1.4	0.2	17.7	:
Poland	9.2	61.8	4.5	1.0	0.6	22.9	:
Portugal	65.0	1.3	5.4	0.0	0.8	27.5	0.0
Romania	14.9	64.4	0.2	0.4	0.1	19.9	0.2
Slovenia	3.4	67.6	14.8	0.1	1.1	13.0	:
Slovakia	4.0	76.2	:	1.4	0.4	18.0	:
Finland	62.2	13.2	2.5	0.7	2.3	19.1	:
Sweden	83.4	0.0	0.6	0.1	0.4	15.5	0.0
United Kingdom	79.5	0.1	3.6	1.6	0.6	14.8	0.0
Iceland (*)	52.1	29.0	0.0	1.5	0.0	17.5	0.0
Liechtenstein	13.9	49.1	12.5	0.2	0.6	23.6	:
Norway	74.5	10.8	:	:	0.3	14.4	:
Switzerland	18.6	46.5	7.1	1.0	:	26.7	:

(\*) Definitions differ.

Izvor: Eurostat

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.<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup> Prema podacima Eurostata

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*, Svjetska trgovinska organizacija, 2008.

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%.

Zemlje EU-a koje su se takođe dosta oslanjale na model obaveznog osiguranja su Slovačka (76,2%), Holandija (75,8%), Luksemburg (73,9%), ali i Hrvatska (72,7%) i Slovenija (67,6%). Sa druge strane, zemlje koje su finansiranje pretežno obezbjeđivale iz vladinog budžeta su Danska (84,2%), Švedska (83,4%), Italija (75,5%), Irska (69%), Španija (65%), Portugal (65%) i Irska (62,2%).

Plaćanja „iz džepa“ članova domaćinstava imalo je najviše učešće na Kipru (49,9 %) i Bugarskoj (45,8 %), dok je najniže bilo u Francuskoj (7,2%), što ukazuje na nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama.<sup>25</sup> Kao što je već rečeno, osnovna logika

<sup>25</sup> *Health Inequalities in Slovenia*, Buzeti, T., et al. 2011.

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, sa najvišim u Sloveniji (14,8%), Francuskoj (13,7%) i Irskoj (12,7%). Bilo je sedam zemalja u kojima su dobrovoljne šeme učestvovala ispod 1%, a najniža učešća su zabilježile Češka, Estonija i Rumunija (sve 0,2%).

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*.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup>

## 7. Aktuelne inicijative za reformu modela finansiranja zdravstva

Hronični problemi u finansiranju sistema zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini bili su povod nekoliko inicijativa i reformskih procesa u proteklom periodu. Posljednje u nizu je nastojanje da se u okviru *Reformske agende za BiH za period 2015.–2018.* sprovede reforma u sektoru zdravstva. Tačnije, *Reformskom agendom* predviđeno je da će „vlade entiteta, kantona i Brčko distrikta tražiti finansijsku i tehničku pomoć Svjetske banke kako bi provele reformu zdravstvenog sektora. Reforma podrazumijeva rješenje dugovanja zdravstvenog sektora, uvođenje trezorskog sistema poslovanja te definisanje novih modela i izvora finansiranja, uz precizno normiranje mreže zdravstvenih ustanova. Od Svjetske banke ćemo kroz program DPL tražiti da osigura tehničku i finansijsku podršku za reorganizaciju zdravstvenog sektora. Entitetske vlade, vlade kantona i Brčko distrikta će ova sredstva koristiti za izmirenje neizmirenih obaveza u zdravstvenom sektoru (posebno doprinosa). Paralelno, vlasti u BiH će podržati povećanje akciza na duvan i alkohol koji će biti direktni prihodi Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a i fondova zdravstvenog osiguranja u FBiH i kantonima i Brčko distriktu“.

Osim toga, *Reformskom agendom* je i u okviru javnih finansija predviđeno da će se sprovesti smanjenje opterećenja rada putem smanjenja doprinosa, dok osiguranje dodatnih prihoda od akciza sektor zdravstva može očekivati tek nakon provedenih reformi. U skladu sa prihvaćenom *Reformskom agendom* vlade oba entiteta su koncipirale i usvojile programe djelovanja. Među njima je i inicijativa Vlade FBiH kojom se nastoje smanjiti stope doprinosa za zdravstveno osiguranje, uz istovremeno proširivanje osnovice za obračun doprinosa.

O potrebi promjene načina na koji se finansira zdravstvo govori i niz drugih inicijativa iz ranijeg

<sup>26</sup> „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.

<sup>27</sup> *Komunikacija Komisije o efektivnim, dostupnim i otpornim zdravstvenim sistemima*, Evropska komisija, 2015.



perioda. Strateški planovi razvoja zdravstva u oba entiteta ukazuju na neodrživost sadašnjeg modela finansiranja, prvenstveno iz perspektive broja onih koji uplaćuju doprinose i onih koji koriste usluge javnog zdravstvenog sistema. S tim u vezi *Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u periodu od 2008. do 2018. godine* navodi: „U FBiH još uvijek imamo visok procenat neosiguranih osoba (16%). U strukturi osiguranih osoba trend je rasta broja osiguranika iz kategorija za koje se doprinosi uplaćuju u simboličnim iznosima (penzioneri i nezaposleni) u odnosu na zaposlene kod poslodavaca koji nose teret u obezbjeđivanju sredstava za zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pa se nameće pitanje do kada će zaposleni, odnosno njihovi poslodavci u ovakvim nesrazmjerima moći snositi teret zdravstvene solidarnosti, što je osnovno načelo uspostavljenog sistema zdravstvenog osiguranja. U takvim uvjetima i trendovima postavlja se pitanje finansijske stabilnosti sektora zdravstva.“

Nejednake mogućnosti za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u kantonima Federacije BiH posebno su ozbiljan problem koji je u direktnoj vezi sa lošom finansijskom pozicijom federalnog i kantonalnih zavoda za zdravstveno osiguranje. Da bi se otpočelo s rješavanjem tog problema, Vlada FBiH je pripremila posebnu odluku o jednakopravnom finansiranju nedostajućeg dijela finansijskih sredstava po kantonima od strane Vlade Federacije BiH, s tim da ona još uvijek nije donesena zbog teške finansijske situacije, odnosno, zbog toga što trenutno nema mogućnosti da se iz budžeta izdvojaju dodatna sredstva za njeno sprovođenje.

U svjetlu jednakopravnog finansiranja zdravstvene zaštite u Federaciji BiH svakako treba pomenuti i aktuelnu inicijativu gradonačelnika Tuzle Jasmina Imamovića, koji se, između ostalog, zalaže za racionalizaciju sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH ukidanjem sistema upravljanja zdravstvenom zaštitom na nivou kantona i prebacivanje nadležnosti sa kantonalnog na entitetski, odnosno lokalne nivoe. Ova inicijativa svoje uporište traži u izraženoj neracionalnosti i neravnopravnoj regionalnoj zastupljenosti javnih zdravstvenih usluga posmatrano kroz rashode kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja,

a o čemu je već bilo riječi u prethodnim poglavljima ovog dokumenta. Inicijativom se predlaže objedinjavanje fondova zdravstvenog osiguranja i shodno tome racionalizacija troškova (procjene koje su iznesene govore o mogućim uštedama od više desetina miliona konvertibilnih maraka na godišnjem nivou). S druge strane, treba napomenuti i to da je ova inicijativa izazvala različite političke reakcije u FBiH i da još uvijek ne postoji jedinstven politički stav o ovome niti spremnost da se rješenja predložena inicijativom realizuju u aktuelnom administrativnom i političkom okviru u FBiH. Bez namjere da se na ovom mjestu dublje analizira izvodivost i kvalitet same inicijative, ono što se svakako može konstatovati jeste doprinos inicijative javnom dijalogu o potrebi reforme finansiranja sistema zdravstvenog osiguranja u FBiH, ali i u cijeloj Bosni i Hercegovini.

U prilog diskusiji o prednostima i mogućim negativnim efektima (de)centralizacije sistema zdravstvene zaštite mogu poslužiti i primjeri iz nekoliko zemalja. Između ostalih, primjeri iz Švedske, Švajcarske i Holandije govore o prednostima decentralizovanih sistema zdravstvene zaštite, prvenstveno kroz veću fleksibilnost i uspješnije prilagođavanje potrebama korisnika, kvalitet usluga i veću konkurenciju pružalaca zdravstvenih usluga.<sup>28</sup>

S druge strane, ono što za Federaciju BiH može poslužiti kao dobra osnova za analitički proces redefinisavanja javnih politika su određene studije Svjetske zdravstvene organizacije kao i iskustva iz nekoliko zemalja gdje su sprovedene reforme u pravcu objedinjavanja institucija sistema zdravstvene zaštite i koje govore o prednostima centralizovanog sistema u vidu boljeg upravljanja troškovima, većoj efikasnosti i racionalnijem poslovanju.<sup>29</sup>

Kada se govori o Republici Srpskoj, *Strateški razvojni plan Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske za period 2014.–2018.* naglašava potrebu da se redefinišu postojeći izvori

<sup>28</sup> *Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A Perspective* - Joan Costa-i-Font, The London School of Economics and Political Science, December 2012.

<sup>29</sup> *The Health Systems Financing: The path to universal coverage*, WHO – World Health Organization, 2010.

finansiranja zdravstvenih usluga te se navodi: „Ako doprinos bude jedini izvor finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa smanjenom stopom doprinosa i postojećom organizacijom zdravstvenog sistema, biće gotovo nemoguće zadržati postojeći sadržaj i obim prava iz zdravstvenog osiguranja i postići finansijsku stabilnost zdravstvenih ustanova.“ O značaju problema ilustrativno govori i podatak da se baš prvi strateški cilj odnosi na postizanje održivog finansiranja. U skladu s tim Upravni odbor FZO-a je usvojio *Program mjera za prevazilaženje finansijskih problema*, kojim je, između ostalog, predloženo uvođenje dodatnih izvora finansiranja kao što je to urađeno u Sloveniji i Hrvatskoj. S istim ciljem je u septembru 2012. godine usvojena *Analiza održivosti finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja*, kojom je kod Vlade RS-a ponovo aktuelizovan prijedlog za uvođenje dodatnih izvora finansiranja i ukazano na moguću racionalizaciju troškova unutar zdravstvenog sistema.

## Zaključci i mogućnosti za reforme

Utvdili smo da u cijeloj Bosni i Hercegovini postoji izrazito visoka oslonjenost na finansiranje zdravstva putem osiguranja, što našu zemlju svrstava u grupu zemalja sa tzv. Bizmarkovim modelom. Pri tome doprinosi zaposlenih lica i u FBiH i u RS-u predstavljaju preko 80% ukupnih javnih prihoda koji se koriste za zdravstvo. U ostatak javnih prihoda spadaju doprinosi za ostale grupe stanovništva (nezaposleni, penzioneri, poljoprivrednici, invalidi i dr.), transferi iz budžeta i ostali prihodi.

Visoka zavisnost čitavog sistema od doprinosa zaposlenih nije optimalno rješenje za BiH s obzirom na nisko učešće zaposlenih u ukupnoj populaciji i proces starenja stanovništva. Ovakvo stanje, uz rastuće troškove i potrebe zdravstvenog sektora, dovodi do nedostatka sredstava, stvaranja gubitaka i akumulacije dugova.

Ekonomske recesije praćene padom broja zaposlenih (kao što se kod nas desilo u periodu 2009.–2012.) i neredovnim isplata plata dovode do izražaja finansijsku nestabilnost zdravstvenog sektora baziranog na ovakvom modelu. Ovdje

možemo navesti apsurdnu pojavu da zaposleni u nekim preduzećima u BiH nemaju zdravstveno osiguranje zbog kašnjenja uplata doprinosa za razliku od nezaposlenih koji su prijavljeni na biroe za zapošljavanje. Očigledno je da korištenje zabrane pristupa zdravstvenom sistemu kao sankcije za „neplatiše“ dovodi do udaljavanja od principa univerzalnosti i jednakosti u zdravstvu.

Razmatranja o mogućim reformskim pravcima za BiH u ovom istraživanju bazirana su na osnovnim vrijednostima u oblasti zdravstvene zaštite koje su u obliku zaključaka zajednički definisale zemlje EU-a: *univerzalnost, mogućnost pristupa zdravstvenoj zaštiti dobrog kvaliteta, jednakost i solidarnost*.<sup>30</sup> Ovi zaključci će se, nakon pristupanja Uniji, u potpunosti odnositi i na BiH, a navedene vrijednosti su dobrim dijelom već ugrađene u postojeće zakonodavstvo. Te vrijednosti, između ostalog, znače da svi treba da imaju jednak pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti i da zdravlje građana ne treba da bude u zavisnosti od njihovog socio-ekonomskog statusa.

Između kantona u Federaciji BiH postoje relativno velike razlike u stopi zaposlenosti i visini plata na koje se obračunavaju doprinosi za zdravstvo. S obzirom na to da se prihodi od doprinosa zaposlenih za zdravstveno osiguranje u principu „vraćaju“ kantonu u kojem su prikupljeni, između kantona postoji visok nivo neujednačenosti prosječne potrošnje na zdravstvo po stanovniku. Tako se prosječna potrošnja na zdravstvo u 2015. godini kretala od 453 KM po osiguranom licu u Srednjobosanskom kantonu do 875 KM po osiguranom licu u Kantonu Sarajevo. Može se reći da ovakvim rješenjem princip solidarnosti, koji je u FBiH utvrđen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti,<sup>31</sup> u tom pogledu nije u primjeni šire od nivoa kantona. Ako bi se želio postići veći stepen jednakosti u finansijskim sredstvima za zdravstvo između kantona, bilo bi neophodno da kantoni ili Vlada FBiH pronađu druga sredstva kojima bi se to osiguralo.

Za nivo Bosne i Hercegovine, ako se žele postići finansijske predispozicije za ujednačeno kretanje

<sup>30</sup> Zaključci Savjeta o zajedničkim vrijednostima i principima zdravstvenih sistema Evropske unije, Službeni glasnik Evropske unije C-146, 2006.

<sup>31</sup> Službene novine Federacije BiH, br. 46/10 i 75/13.

javne potrošnje na zdravstvo po stanovniku u svim krajevima naše zemlje, neophodno je u tom pogledu harmonizovano planirati adekvatna sredstva entiteta i Brčko distrikta.

Plaćanja za zdravstvo „iz džepa“ prosječnog domaćinstva u BiH u odnosu na kućni budžet su veća od prosjeka istih plaćanja u drugim zemljama OECD-a. Ovo ukazuje na opasnost nejednakosti pristupa zdravstvenim uslugama među građanima BiH. U 2014. godini je prosječno izdvajanje za zdravstvo iz kućnog budžeta jedne tročlane porodice iznosilo oko 50 KM mjesečno, što može predstavljati ozbiljan teret, posebno za porodice ispod ili blizu granice siromaštva (mjesečni prag relativnog siromaštva za jednočlano domaćinstvo u BiH u 2015. godini bio je 389 KM).

Zbog svega navedenog očigledno je da zdravstveni sistemi u BiH imaju potrebu za izmjenama koje bi ostvarile osnove za održiv i stabilan način finansiranja zdravstvene zaštite, što je preduslov da ona bude kvalitetna i dostupna za sve građane.

Među zemlje EU-a koje se pretežno oslanjaju na obavezno osiguranje u finansiranju zdravstva (Bizmarkov model) spadaju Hrvatska i Slovenija, što ukazuje da je naslijeđe bivše SFRJ imalo jak uticaj na današnje modele. U ovoj se grupi zemalja EU-a, međutim, može primijetiti pretežno pomjeranje prema tzv. „miks modelu“, tj modelu kod kojeg drugi izvori finansiranja dobijaju veće učešće. S obzirom na proces smanjenja udjela radno sposobnog stanovništva i u tim zemljama (starenje stanovništva), prirodno je da se i udio doprinosa zaposlenih u finansiranju ukupnih troškova zdravstvenog sektora takođe smanjuje. U skladu s tim Svjetska zdravstvena organizacija naglašava značaj diversifikacije izvora finansiranja.<sup>32</sup> Evropska komisija naglašava da je kontinuitet u zdravstvenoj zaštiti teže osigurati u slučajevima kada tekuće finansiranje zavisi od uplata doprinosa, a desi se značajniji pad zaposlenosti.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*, Svjetska zdravstvena organizacija, 2008.

<sup>33</sup> *Komunikacija Komisije o efektivnim, dostupnim i otpornim zdravstvenim sistemima*, Evropska komisija, 2015.

S obzirom na to da se ovo istraživanje bavi pitanjem pronalaženja odgovarajućeg finansijskog modela za sisteme zdravstvene zaštite u BiH, postavlja se pitanje šta je u toj oblasti potrebno promijeniti da bi se stvorili preduslovi za postizanje ranije navedenih vrijednosti u zdravstvu?

U svakom slučaju, vidjeli smo da će to zahtijevati kontinuirano povećanje izdataka za zdravstvo u narednim godinama. Međutim, postojeće stope poreskog opterećenja plata u FBiH i RS-u visoke su, dok je standard većine iz ostalih grupa osiguranika (penzioneri, poljoprivrednici, preduzetnici i dr.) nizak. To nam ukazuje da su prihodovni dometi putem povećanja stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje ograničeni. Može se reći da prostor za povećanje prihoda od doprinosa postoji u smanjenju neformalnog sektora i izgradnji veće poreske odgovornosti. U tom pogledu postoji značajan potencijal s obzirom na to da se procjene vrijednosti neformalne ekonomije u BiH kreću do 25% do 57% BDP-a.

**Time se nameće odgovor da BiH nema mnogo izbora osim da i ona krene u pravcu diversifikacije izvora finansiranja i većem oslanjanju na tzv. „nedoprinosne“ prihode.** Može se reći da su u FBiH i RS-u pokrenute određene institucionalne inicijative u tom pravcu (npr. Vlada FBiH, FZORS-a) ali da još nisu rezultovale konkretnim pomacima i finansijskim efektima. *Reformska agenda za period 2015.–2018. za zdravstveni sektor*, između ostalog, takođe predviđa „*definisanje novih modela i izvora finansiranja*“.

Često se zaboravlja da finansiranje zdravstva iz doprinosa predstavlja relativno „regresivan“ način za to (utiče na veću nejednakost), jer osim plata ne obuhvata druge vrste prihoda koje ostvaruju bogatije grupe stanovništva, kao npr. dobit, dividenda ili prihodi od imovine.

Prema tome, pitanje je samo u kojem stepenu i na koji način je optimalno uraditi navedenu diversifikaciju. Intenzitet i tip same diversifikacije možemo konceptualno podijeliti u tri grupe:

#### 1. Obezbeđivanje alternativnih izvora prihoda uz zadržavanje stopa doprinosa na istom

**nivou.** Alternativni prihodi se mogu obezbijediti planiranjem sistemskog povećanja budžetskih transfera fondovima zdravstvenog osiguranja (što bi zahtijevalo adekvatnu preraspodjelu unutar budžeta) ili uvođenjem dodatnih namjenskih prihoda (npr. povećanje i/ili uvođenje novih akciza na duvan, alkohol, gorivo, pića štetna po zdravlje i luksuzne proizvode). Ciljani nameti koji oporezuju proizvode štetne po zdravlje stimulišu smanjenje korištenja tih proizvoda i obezbjeđuju dodatne prihode za finansiranje troškova liječenja nastalih kao posljedica njihovog konzumiranja.

2. **Obezbjeđivanje alternativnih izvora prihoda uz sniženje stope doprinosa koji se plaćaju iz plate – poresko restrukturiranje.** Ova opcija u odnosu na prethodnu uključuje i poresko rasterećenje plata smanjenjem doprinosa za zdravstveno osiguranje. *Reformskom agendom za BiH* planiran je ovakav pristup, a pored smanjenja doprinosa predviđeno je povećanje akciza na duvan i alkohol. O koristima poreskog rasterećenja plata u BiH do sada je mnogo pisano i rečeno, a te prednosti uključuju: stimulisanje dodatnog zapošljavanja, stimulisanje smanjenja zapošljavanja „na crno“ i „na sivo“, povećanje cjenovne konkurentnosti domaće ekonomije i stvaranje prostora za povećanje primanja zaposlenih.<sup>34</sup> Zavisno od finansijskih potreba zdravstvenog sektora, ova reforma može uključivati i dodatne alternativne prihode (npr. povećanje nekog drugog indirektnog poreza, uključujući PDV, i poreza na imovinu). Jedan od važnih elemenata ovakve reforme jeste procjena uticaja na najugroženije skupine građana i adekvatno adresiranje negativnih efekata, npr. putem usmjerenih socijalnih transfera.<sup>35</sup>

1. **Potpuna promjena modela – prelazak na finansiranje zdravstvene zaštite iz budžetskih prihoda.** Ova reforma zahtijeva prelazak sa modela obaveznog zdravstvenog osiguranja (Bizmarkov model) na univerzalno osiguranje (Beveridžov model). Suštinski to znači da bi

svi građani imali pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti koju obezbjeđuju država bez ikakvih uslova (naravno, to ne znači da bi participacija, privatno osiguranje ili privatna potrošnja na suplementarne zdravstvene usluge bili isključeni). U poreskom smislu postoji veliki broj načina kojima bi se ova reforma mogla sprovesti a svi podrazumijevaju ukidanje doprinosa za zdravstveno osiguranje i uvođenje ili povećanje jednog ili više drugih direktnih ili indirektnih poreza. Posmatrano iz ugla ranije pomenutih vrijednosti – *univerzalnost, jednakost i solidarnost* – ovaj model svakako doprinosi njihovom ostvarenju jer bi osobe kao što su zaposleni kojima se ne uplaćuju doprinosi, poljoprivrednici i preduzetnici imali siguran pristup zdravstvenoj zaštiti. Pored toga, ako bi se veći dio troškova zdravstva pokrивao iz poreza na potrošnju, kao što je PDV, a posebno akcize na luksuznu robu, finansiranje zdravstvenog sistema bilo bi progresivnije (tj. više bi ga plaćali bogatiji slojevi stanovništva jer oni više kupuju luksuzne proizvode). Veća progresivnost bi bila i kod višeg stepena finansiranja iz nekih direktnih troškova kao što su porezi na imovinu i dobit. Španija je 2001. godine usvojila jednu radikalnu reformu i danas zdravstvenu zaštitu finansira najvećim dijelom iz poreskih prihoda.

Sva navedena razmatranja rađena su bez ulaska u analizu drugih aspekata finansijskog modela (način prikupljanja sredstava, način ugovaranja usluga sa pružaocima, uloga privatnog sektora i dr.) koji takođe imaju direktan efekat na finansijsku održivost javnog sektora zdravstva. Zbog toga treba podržati sve reforme koje će u tim oblastima dovesti do poboljšanja.

<sup>34</sup> Vidjeti tekst *Kako do nižeg oporezivanja rada bez štete za javne fondove*, Đukić, O. i Tomić, M. 2013.

<sup>35</sup> Ibid.

## Korišteni izvori

- Agencija za statistiku BiH. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [www.bhas.ba](http://www.bhas.ba).
- Đukić, O. i Tomić, M. (2013), „Kako do nižeg oporezivanja rada bez štete za javne fondove“, Centar za istraživanja i studije GEA.
- Eurostat. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat).
- Federalni zavod za osiguranje i reosiguranje. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://www.fedzzo.com.ba/>.
- Federalni zavod za statistiku. Preuzeto 12. 7. 2017. sa: <http://www.fzs.ba/>.
- Federalno ministarstvo zdravstva. (2016): „Informacija o stanju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine“, juni 2016.
- „Financing Health Care in the European Union – Challenges and Policy Responses“, Thompson, S., Foubister, T., Mossialos, E. 2009. Preuzeto 12. 10. 2017. sa [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98307/E92469.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf).
- Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A Perspective - Joan Costa-i-Font, London School of Economics and Political Science, December 2012.
- Funkcionalni pregled sektora zdravstva u BiH – Završni izvještaj. Dostupno na [http://parco.gov.ba/wp-content/uploads/2016/09/funkcionalni-pregled-sektora-zdravstva-u-bih-završni-izvjestaj.pdf](http://parco.gov.ba/wp-content/uploads/2016/09/funkcionalni-pregled-sektora-zdravstva-u-bih-zavrсни-izvjestaj.pdf), str. 23-29.
- Glavna služba za reviziju javnog sektora u RS-u, izvještaji Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a. Preuzeto 12. 7. 2017. sa: [http://www.gsr-rs.org/front/reportsearch/?query=Fond+zdravstvenog+osiguranja&cat=0&entity\\_type=0&report\\_period=0&report\\_year=0](http://www.gsr-rs.org/front/reportsearch/?query=Fond+zdravstvenog+osiguranja&cat=0&entity_type=0&report_period=0&report_year=0).
- Godišnji obračuni sredstava u zdravstvu Federacije BiH – Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://www.fedzzo.com.ba/bs/clanak/obracun-sredstava-u-zdravstvu/42>.
- „Health Care Systems in the EU – A Comparative Study“, Evropski parlament - Generalna direkcija za istraživanje (1998). Preuzeto 11. 5. 2017. sa [http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf).
- „Health Inequalities in Slovenia“, Buzeti, T., et al. 2011. Preuzeto 12. 10. 2017. godine sa [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/131759/Health\\_inequalities\\_in\\_Slovenia.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf).
- The Health Systems Financing: The path to universal coverage, WHO – World Health Organization, 2010.
- „Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers“, Svjetska trgovinska organizacija (2008). Preuzeto 10. 5. 2017. sa <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107899/1/E91422.pdf>.
- „Izvještaj o provedenoj finansijskoj reviziji Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske za period 1. 1.–31. 12. 2016. godine“, Glavna služba za reviziju javnog sektora Republike Srpske. Preuzeto 12. 10. 2017. godine sa [https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/Revizorski\\_izvjestaj\\_za\\_2016.pdf](https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/Revizorski_izvjestaj_za_2016.pdf).
- „Komunikacija Komisije o efektivnim, dostupnim i otpornim zdravstvenim sistemima“, Evropska komisija (2015). Preuzeto 10. 5. 2017. sa [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_en.pdf).
- „Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini – izvještaj za period 2009.–2011.“, Projekat *Reforma javnog zdravstva II u Bosni i Hercegovini*. Preuzeto 8. 5. 2017. sa [http://mcp.gov.ba/org\\_jedinice/sektor\\_zdravstvo/programi\\_projekti/Nacionalni%20zdravstveni%20racuni%20za%20BiH.pdf](http://mcp.gov.ba/org_jedinice/sektor_zdravstvo/programi_projekti/Nacionalni%20zdravstveni%20racuni%20za%20BiH.pdf).
- Nacionalni zdravstveni računi za BiH za 2014. godinu. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [http://www.bhas.ba/saopštenja/2016/NZR\\_2014\\_bos.pdf](http://www.bhas.ba/saopštenja/2016/NZR_2014_bos.pdf).

Narodna skupština Republike Srpske. (2017): "Odgovor na poslaničko pitanje". Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://www.narodnaskupstinar.net/?q=la/narodna-skupstina/poslanicka-pitanja-i-odgovori/narodni-poslanik-milan-%C5%A1vraka-fondu-zdravstvenog-osiguranja-republike-srpske>.

„Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine“, Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH (2015). Preuzeto 9. 5. 2017. sa <http://www.fedzzo.com.ba/bs/dokument/obracun-sredstava-u-zdravstvu-fbih-za-2015-godinu/390>.

„Oporezivanje rada i neformalna ekonomija“, Udruženje GEA, 2016. Preuzeto 15. 7. 2017. sa <http://www.gea.ba/wp-content/uploads/2016/07/oporezivanje-rada-i-neformalna-ekonomija.pdf>.

Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [www.rzs.rs.ba/](http://www.rzs.rs.ba/).

Službene novine Federacije BiH", br. 30/97, 7/02, 70/08, 21/09; 46/10, 48/11 i 75/13.

Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 37/2009.

Službene novine Federacije BiH", broj 21/09.

Statistika nacionalnih zdravstvenih računa u Federaciji BiH, 2015. godina. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://fzs.ba/wp-content/uploads/2017/05/12.7.pdf>.

Statistika nacionalnih zdravstvenih računa. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [http://www.bhas.ba/saopstenja/2014/NZR\\_2009\\_2012\\_bos.pdf](http://www.bhas.ba/saopstenja/2014/NZR_2009_2012_bos.pdf).

Strateški plan FZORS-a 2014.–2018. Preuzeto 12. 7. 2017. sa [https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski\\_plan\\_2014\\_2018.pdf](https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski_plan_2014_2018.pdf).

„Strateški razvojni plan Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske za period od 2014. do 2018. godine“.

Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske (2014). Preuzeto 9. 5. 2017. sa [https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski\\_plan\\_2014\\_2018.pdf](https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski_plan_2014_2018.pdf).

[zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski\\_plan\\_2014\\_2018.pdf](https://www.zdravstvo-srpske.org/files/dokumenti/strateski_plan_2014_2018.pdf).

Svjetska banka. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>.

Svjetska zdravstvena organizacija. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://www.who.int/en/>.

„Zaključci Savjeta o zajedničkim vrijednostima i principima zdravstvenih sistema Evropske unije“, Službeni glasnik Evropske unije C-146, 2006.

*Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima UN-a, 1948, Ujedinjene nacije.*

Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Preuzeto 12. 7. 2017. sa <http://www.zzjzfbih.ba/>.

## Skraćenice i akronimi

BD	Brčko distrikt
BDP	Bruto društveni proizvod
BIH	Bosna i Hercegovina
DRG (DTS)	Novi model plaćanja bolničkih usluga (srodni dijagnostičko-terapijski slučajevi)
DZ	Dom zdravlja
EU	Evropska Unija
FBIH	Federacija Bosne i Hercegovine
FZO RS	Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske
JPP	Javno-privatno partnerstvo
KM	Konvertibilna marka
KSZ	Konsultativno-specijalistička zdravstvena zaštita
MZSZ	Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite
PDV	Porez na dodatu vrijednost
PU RS	Poreska uprava RS
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
RS	Republika Srpska
RZZS	Republički zavod za statistiku
UKC	Univerzitetsko-klinički centar
USD	Američki dolar
ZO	Zdravstveno osiguranje

## O autorima

**Marko Martić** je rođen 1975. godine u Banjoj Luci, gdje je 2000. godine i diplomirao na Ekonomskom fakultetu. Posjeduje značajno iskustvo, posebno kroz rad u nevladinom sektoru. Kao član projektnog tima i projekt menadžer aktivno učestvovao u implementaciji više od 30 različitih projekata. Specijalnost mu je razvoj preduzetništva i podrška SME sektoru u BiH. Međunarodno je certifikovan za pružanje usluga poslovnog savjetovanja i obuke za mala i srednja preduzeća.

**Ognjen Đukić** je rođen u Banjoj Luci, gdje je diplomirao na banjalučkom Ekonomskom fakultetu. Aktivan je u oblasti makroekonomije i razvojnih politika. U proteklih pet godina radio je na više savjetodavnih i izvršnih pozicija u domaćim i međunarodnim institucijama. Stekao je zvanje magistra razvojne ekonomije na Williams College u Massachusetts-u. Njegovi profesionalni interesi uključuju makroekonomske debalanse zemalja u tranziciji, strukturne reforme i politike zapošljavanja. Autor je većeg broja radova i članaka objavljenih u domaćim i stranim publikacijama.

## Impressum

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) | Ured u Bosni i Hercegovini  
Kupreška 20, 71 000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Odgovorni:  
Marius Müller-Hennig, Direktor

Tel.: +387 33 722 010  
Fax: +387 33 613 505  
E-mail: [fes@fes.ba](mailto:fes@fes.ba)  
[www.fes.ba](http://www.fes.ba)

DTP: Filip Andronik  
Štampa: Amos Graf, Sarajevo  
Tiraž: 150 primjeraka

Publikaciju možete naručiti na e-mail: [fes@fes.ba](mailto:fes@fes.ba).

Stavovi, mišljenja i zaključci u ovoj publikaciji ne moraju nužno odražavati stavove Friedrich-Ebert-Stiftung. Friedrich-Ebert-Stiftung ne garantuje za tačnost podataka koji su izneseni u publikaciji.

Sva prava zadržana od Friedrich-Ebert-Stiftung.

---

CIP - Katalogizacija u publikaciji  
Nacionalna i univerzitetska biblioteka Bosne i Hercegovine,  
Sarajevo

614.2:336(497.6)

MARTIĆ, Marko  
Sistemi zdravstvene zaštite u BiH : finansijski izazovi i opcije za reformu / Marko Martić, Ognjen Đukić. - Sarajevo : Friedrich-Ebert-Stiftung, 2018. - 31 str. : graf. prikazi ; 30 cm

O autorima: str. [32]. - Bibliografija: str. 29-30.

ISBN 978-9958-884-57-3  
1. Đukić, Ognjen  
COBISS.BH-ID 24953606