

Reforma socijalnog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine za vrijeme tranzicije

Boris Hrabač¹, Aziz Šunje², Snježana Bodnaruk³, Senad Huseinagić⁴

¹Medicinski fakultet, Mostar, ²Ekonomski fakultet, Univerzitet u Sarajevu, Sarajevo, ³Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo,

⁴Kantonalni zavod za javno zdravstvo, Zenica; Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Cilj ove studije je prikazati najvažnije faze procesa reforme socijalnog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine za vrijeme tranzicije iz socijalističkog sistema bivše Jugoslavije ka konceptu slobodnog tržišta nakon rata. Analiza procesa reforme finansiranja zdravstva kod nas osvjetljava slijedeće komponente zdravstvenog sistema: politička opredjeljenja i ustavnu osnovu; dizajn organizacije zavoda zdravstvenog osiguranja i administrativna pravila; raspoloživa sredstva i stope doprinosa; sheme izjednačavanja rizika; proces ugovaranja i razdvajanje davalaca usluga od finansijera; metode plaćanja davalaca usluga; osnovni paket zdravstvenih prava; metode kontrole troškova; reguliranje tržišta zdravstvenog osiguranja i davalaca zdravstvenih usluga; proces privatizacije; te naučene lekcije.

Ključne riječi: reforma, socijalno zdravstveno osiguranje, Federacija Bosne i Hercegovine

Corresponding author:

Boris Hrabač,
Medicinski fakultet Mostar,
Bijeli brijež bb,
88000 Mostar,
Bosna i Hercegovina
Phone: +38761203628;
fax.: +387 36 335 600;
E-mail: bhrabac@bih.net.ba

Originalna prijava:

22. ožujka 2011.;

Korigirana verzija:

25. svibnja 2011.;

Prihváćeno:

03. lipnja 2011.

CILJEVI REFORME

Cilj ove studije je prikazati najvažnije faze procesa reforme socijalnog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine za vrijeme tranzicije iz socijalističkog sistema bivše Jugoslavije ka konceptu slobodnog tržišta nakon rata.

Vodeći ciljevi reforme finansiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine bili su slijedeći: (a) kontrolirati troškove na makrorazini; (b) poboljšati institucionalnu efikasnost; (c) promicati principe solidarnosti; (d) razviti instrumente za implementaciju ciljeva zdravstvene politike kroz proces ugovaranja zdravstvenih usluga; (e) razviti održivi sistem finansiranja zdravstva kroz utemeljenje dva tipa zdravstvenog osiguranja (obaveznog i dobrovoljnog); te, (f) utemeljiti jedinstveni sistem zdravstvene zaštite u Federaciji koji će respektirati kantonalnu administrativnu organizaciju zemlje, a ne samo etničku organizaciju kao rezultat ratnog konflikta (3, 11).

POLITIČKA OPREDJELJENJA I USTAVNA OSNOVA

Političko opredjeljenje u BiH jeste utemeljiti „nekompetitivan regionalno utemeljen sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja“. Socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva neprofitni i javni sistem osiguranja koji je uspostavljen zakonom i koji funkcionira pod okriljem parlementa i vlade. Ovaj sistem se ne financira putem općeg oporezivanja već putem doprinosa za zdravstveno osiguranje. Pod nekompetitivnim sistemom podrazumijevamo odsustvo kompeticije između različitih fondova socijalnog zdravstvenog osiguranja, a regionalno utemeljen znači da će postojati više fondova, tj. u svakoj regiji po jedan. Građani nemaju mogućnost slobodnog izbora fonda zdravstvenog osiguranja, niti mogućnost napuštanja osiguranja koje je obavezno za sve građane (7).

Sukladno suvremenim trendovima u Evropi, sistem zdravstvene zaštite u zemlji je decentraliziran i temelji se na dva ustava, odnosno Ustavu BiH (poznatijem kao „dejtonski Ustav“) i Ustavu F BiH. Prema Ustavu BiH, zdravstvo je oblast koja je data u potpunu nadležnost entitetima. U Ustavu F BiH zdravstvo je uključeno u segment podijeljenih nadležnosti između federalne vlasti i kantona. Tako u članu III/3 stoji: “(1) U skladu

s potrebama, nadležnosti iz člana III/2. [gdje je uključeno i zdravstvo] mogu biti ostvarivane zajednički ili odvojeno, ili od strane kantona koordinirano od federalne vlasti. (2) U pogledu ovih nadležnosti kantoni i federalna vlast dogovaraju se na trajnoj osnovi.” Nakon dužih rasprava, dogovoren je da se zdravstvena zaštita organizira u kantonima, ali koordinirano od strane Federalne vlade. Ova opcija najbolje odgovara realnoj situaciji u Federaciji i daje mogućnost izgradnje decentraliziranog sistema zdravstva sukladno iskustvima razvijenih zdravstvenih sistema u svijetu. Koristeći ovu opciju izbjegavamo opasnosti fragmentacije sistema koja bi realno bila prisutna da smo se odlučili za odvojeno ostvarivanje zdravstvenih nadležnosti u kantonima. Duh ove intermedijarne opcije iz Ustava pretočen je u dva temeljna zakona iz oblasti zdravstva, odnosno u Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji su usvojeni 1997. godine (11).

DIZAJN ORGANIZACIJE ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I ADMINISTRATIVNA PRAVILA

Bosna i Hercegovina je, kao posljedica rata koji je trajao od 1992. do 1995. godine, administrativno podijeljena na dva entiteta: Federaciju Bosne i Hercegovine (51% teritorija, uglavnom naseljena Bošnjacima i Hrvatima) i Republiku Srpsku (49% teritorija, uglavnom naseljena Srbima). Federacija BiH je administrativno organizirana kroz 10 kantona (tri s hrvatskom i pet s bošnjačkom većinom, te dva miješana) sa značajnom administrativnom autonomijom. Tokom rata i nekoliko godina poslije *de facto* su postojala dva administrativna dijela Federacije: (1) teritorij „Herceg Bosne“ pod kontrolom Hrvata, te (2) teritorij pod kontrolom Bošnjaka. Takva administrativna podjela Federacije u zdravstvu je kreirala dva paralelna i odvojena zdravstvena sistema, odnosno hrvatski i bošnjački sistem zdravstva (11).

Međužupanijski fond zdravstvenog osiguranja utemeljen je u Mostaru za vrijeme rata, a s ciljem da osigura pokrivenost zdravstvenim osiguranjem teritorije uglavnom naseljene Hrvatima (privremeni administrativni aranžman nazvan „Herceg-Bosna“). To geografsko područje je pokrivalo tri kantona s hrvatskom većinom i dijelove dva

mješovita kantona naseljena Hrvatima. Doprinosi za zdravstveno osiguranje bili su namjenski i uplaćivani direktno u Međužupanijski fond zdravstvenog osiguranja u Mostaru, što je omogućilo razvoj operativne sheme solidarnosti na teritoriju kontroliranom od strane Hrvata.

U drugom dijelu Federacije, s bošnjačkom većinom, najveći broj fondova zdravstvenog osiguranja utemeljen je tokom kasnih 90-tih godina. Međutim, na teritoriju većine tih fondova "zdravstveni novac" se nalazio u ministarstvima finansija i zdravstva, što nije garantiralo transparentnost alokacije sredstava i nije bilo preduvjet za razvoj mehanizama federalne solidarnosti. U isto vrijeme utemeljen je i Federalni fond zdravstvenog osiguranja i reosiguranja u Sarajevu, ali bez jasnih ovlasti i načina finansiranja.

Federalno ministarstvo zdravstva, u periodu od 1998. do 2000. godine, uložilo je značajne političke napore za osnivanje regionalno utemeljenih kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja koji će respektirati političko-administrativne granice kantona. Kao rezultat tih napora formirano je deset kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja. Drugi značajan uspjeh ministarstva bio je aranžman direktnog usmjerenja doprinosa za zdravstveno osiguranje u fondove osiguranja, a ne u ministarstva finansija, kao što je postojalo u bošnjačkom dijelu Feder-

acije. To je osiguralo transparentnost finansiranja zdravstva, te stvorilo preduvjete za razvoj procesa ugovaranja i sheme federalne solidarnosti.

RASPOLOŽIVA SREDSTVA I STOPE DOPRINOSA

Naše opredjeljenje za sistem finansiranja zdravstvene zaštite, utemeljen na zdravstvenom osiguranju, jeste nastavak aktivnosti koje su realizirane u BiH desetljećima prije rata, kao ostatak Bismarkovog sistema. Naime, doprinosi za zdravstveno osiguranje nikada nisu bili dio državnog proračuna već su izravno uplaćivani u fondove zdravstvenog osiguranja. Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje prikupljaju se putem oporezivanja platnog spiska (*payroll taxation*), a ne putem premija zdravstvenog osiguranja ili općeg oporezivanja (*general taxation*).

Propisi o zdravstvenom osiguranju proklamiraju "univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem" u cilju osiguranja jednakih dostupnosti zdravstvene zaštite. Osiguranici i članovi njihovih obitelji, koji izvode pravo na zdravstvenu zaštitu po osnovu obaveznog osiguranja nosioca osiguranja, označavaju se zajedničkim imenom "osigurana lica". Unatoč širokim mogućnostima za ulazak u sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja, procjenjuje se da oko 15% stanovništva nije obuhvaćeno

Tabela 1. Pregled prikupljenih doprinosa za zdravstvo po osiguranom licu i potrošnja za lijekove na recept (u KM) po kantonima za 2007., 2008. i 2009. godinu*

Kanton	2007.		2008.		2009.	
	Doprinos / osiguranom licu	Potrošnja za lijekove na recept	Doprinos / osiguranom licu	Potrošnja za lijekove na recept	Doprinos / osiguranom licu	Potrošnja za lijekove na recept
Unsko-sanski	337	41	377	50	408	57
Posavski	429	30	516	35	559	36
Tuzlanski	388	63	454	72	462	82
Zeničko-dobojski	336	39	419	45	441	50
Bosansko-podrinjski	437	63	582	69	549	74
Srednjobosanski	305	27	396	32	414	45
Hercegovačko-neretvanski	472	24	540	28	562	33
Zapadno-hercegovački	375	46	454	61	502	56
Sarajevski	675	122	793	131	802	159
Hercegbosanski	376	40	441	46	469	48
UKUPNO F BiH	431	59	513	67	531	78

*Izvor podataka: Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja. Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine za 2009. godinu (2010).

osiguranjem. Pokrivenost populacije zdravstvenim osiguranjem značajno varira po kantonima i regijama, a te varijacije još su drastičnije po općinama. Ipak, podatke o broju osiguranih lica treba prihvati ujvetno jer se doprinosi za zdravstveno osiguranje ne uplaćuju redovno za sve kategorije osiguranih lica (13).

Prikaz raspoloživih sredstava u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja u F BiH, prema podacima iz obračuna sredstava u zdravstvu F BiH, ukazuje na značajne nejednakosti između prosječnih vrijednosti prikupljenih doprinosa za zdravstvo *per capita* u pojedinim kantonima, tako da razlike aproksimativno iznose 2:1, a nekada su bile čak 3,5:1. Takve su nepravičnosti nedopustive u zdravstvenoj zaštiti finansiranoj kroz obavezno zdravstveno osiguranje koje proklamira principe jednakosti i solidarnosti. U Tabeli 1 prikazana je kantonalna distribucija prikupljenih doprinosa za zdravstvo *per capita* tokom 2007., 2008. i 2009. godine, kao i distribucija potrošnje za lijekove na recept (13).

Ukupni prihodi iz obveznog zdravstvenog osiguranja u F BiH u 2009. godini iznosili su 531 KM po osiguranom licu. Međutim, potrošnja u zdravstvu varira po kantonima, tako da se te vrijednosti u 2009. godini kreću od 408 KM po osiguranom licu u Unsko-sanskom kantonu do 802 KM u Kantonu Sarajevo. Prosječna potrošnja za lijekove na recept, tokom 2009. godine, u F BiH iznosila je 78 KM, što procentualno iznosi 15% od ukupne potrošnje u zdravstvu, a što odgovara dobroj evropskoj praksi. Međutim, uvidom u distribuciju kantonalnih troškova za lijekove evidentne su frapantne razlike između pojedinih kantona, tako da se vrijednosti kreću od 33 KM u Hercegovačko-neretvanskom kantonu do 159 KM u Kantonu Sarajevo. Socijalno odgovoran zdravstveni sistem ne smije tolerirati ovako značajne razlike u zdravstvenoj potrošnji, pogotovo u oblasti lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Shema izjednačavanja rizika

Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH daje mogućnost udruživanja dvaju ili više susjednih kantonalnih fondova u jedan, ukoliko to bude ujetovano potrebom šire solidarnosti ili smanjenjem administrativnih troškova. Udruživanje kantonalnih fondova mora se

temeljiti na slobodno izraženoj političkoj volji kantonalnih ministarstava zdravstva. Federalno ministarstvo zdravstva, tokom 1999. i 2000. godine, apeliralo je na zakonsku mogućnost udruživanja dva ili više fondova u jedan zbog svih pomenutih stručnih razloga. Međutim, kantonalne vlasti nisu prihvatile tu inicijativu prvenstveno zbog nedostatne političke volje u bogatijim kantonima (3).

Federalno ministarstvo zdravstva vodilo je tri godine, u periodu od 1999. do 2001. godine, javnu debatu s ključnim akterima u zdravstvu, a s ciljem uvođenja solidarnosti između kantona. Predloženo je da se s 20% doprinosa za zdravstveno osiguranje iz svih kantona finansira federalni fond solidarnosti u Sarajevu. Ideja je bila alocirati taj novac u tri strategijska pravca s ciljem promicanja solidarnosti, kao što slijedi: (a) primarna zdravstvena zaštita u najsiromašnijim kantonima; (b) vertikalni programi (kao što je npr. hemodijaliza); (c) sve usluge tercijarne zdravstvene zaštite za sve osiguranike u Federaciji (4). Javna debata rezultirala je izmjenom Zakona o zdravstvenom osiguranju 2001. godine. Prihvaćena shema federalne solidarnosti, koja se finansira s 8% od ukupnih doprinosa za zdravstveno osiguranje, usmjerena je ka veoma uskom izjednačavanju rizika (solidarnosti) u siromašnim kantonima, a tiče se oblasti pokrivanja troškova hemodijalize za sve pacijente u Federaciji, kao i neke skupe usluge u oblasti sekundarne zdravstvene zaštite (onkologija u kantonalnim bolnicama), kao i tercijarne zaštite koja se pruža u tri klinička centra. Za usluge primarne zdravstvene zaštite ne postoji nikakva shema interkantonalne solidarnosti. Diskrepanca između potrošnje novca za lijekove na recept *per capita* u pojedinim kantonima, najeklatantniji je primjer nepravičnosti u zdravstvenoj zaštiti koja se pruža na teritoriju kantona.

Proces ugovaranja i razdvajanje davalaca usluga od finansijera

U Federaciji se ugovaranje između fondova zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova smatra instrumentom za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. To je koordinirajući mehanizam koji nudi alternativu za tradicionalni model zapovijedanja i kontrole s centralne razine u upravljanju zdravstvenom zaštitom. Esencijalni element ugovaranja jeste uvođenje više

tržišno orientirane forme institucionalne alokacije sredstava temeljene na odvajanju finansijsera od davalaca usluga. Mechanizmi ugovaranja obavezuju obje strane na eksplisitne obaveze i generiraju ekonomsku motivaciju za ispunjenje tih obaveza (12). Glavni razlozi za promidžbu mehanizama ugovaranja u zdravstvu su slijedeći (11): (a) ohrabriti decentralizaciju upravljanja; (b) popraviti kvalitet rada davalaca usluga; (c) poboljšati planiranje razvoja zdravstvene zaštite; (d) poboljšati upravljanje zaštitom. Federalni zavod zdravstvenog osiguranja nedavno je završio dokument pod naslovom Jedinstvena metodologija za ugovaranje zdravstvenih usluga u Federaciji BiH. Cilj ovog pristupa je promicati jedinstveni metodološki okvir u procesu ugovaranja u svim kantonima, tako što će se značajno jačati principi pravičnosti i jednakosti (10).

Metode plaćanja davalaca usluga

Liječnici obiteljske medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bit će plaćeni putem kapitacije za svakog osiguranika registriranog kod davalaca usluga kao osnovno plaćanje, ali do maksimalnog broja pacijenata. Iznosi kapitacije mogu varirati ovisno o lokaciji prakse (urbana ili ruralna). Postojat će nagradna plaćanja za postizanje određenih ciljeva (npr. imunizacija djece ili rezultati u promociji zdravlja). Isplata po usluzi u ambulantni može se uvesti samo kao procentualno manja stavka u ukupnom prihodu liječnika. Predloženi sistem plaćanja teži motivirati liječnike u prakticiranju preventivne medicine i kontroli troškova, ali i ka boljoj geografskoj distribuciji usluga. Međutim, sistemi plaćanja samo su jedan od nekoliko determinanti profesionalnog ponašanja, kao što su profesionalni standardi, pristup edukaciji i profesionalna očekivanja (2, 6, 10).

Reforma mehanizma plaćanja bolnica utječe na kontrolu troškova, kvalitetu usluga i dostupnost usluga za zajednicu. Bolnice su već plaćene putem prospektivnog godišnjeg budžeta. Budžet se izračunava prema aktuelnim troškovima, povijesnim podacima o troškovima, broju kreveta, gravitirajućoj populaciji ili broju usluga koje treba pružiti. Zdravstveni profesionalci su, kao pojedinci, još uvijek plaćeni sistemom mjesecnih plaća u okviru svojih institucija u kojima rade (3).

Nove metode plaćanja u obiteljskoj medicini jedino su testirane lokalno kroz nekoliko pilot projekata. Međutim, uvođenje tih metoda plaćanja na teritoriju jednog kantona, ili Federacije u cijelosti, nije bilo moguće unatoč velikim investicijama u opremu i građevinske rade, edukaciji članova tima obiteljske medicine, te promjeni organizacije rada i upravljanja. Razlozi za neuspjeh tih promjena uglavnom se nalaze u nedostatnoj političkoj volji u ministarstvima zdravstva i zavodima zdravstvenog osiguranja, otporima direktora domova zdravlja, kao i specijalista iz raznih kliničkih disciplina. Posebno je bio interesantan neopravdan strah liječnika obiteljske medicine od finansijskog rizika upravljanja budžetom koji će biti utemeljen na kapitaciji, te eventualnog bankrota u tokom privatizacije tih praksi. Značajne promjene u metodama plaćanja jedino su uspješno realizirane u bolnicama kroz perspektivni globalni budžet.

Osnovni paket zdravstvenih prava

Nejednakosti i nepravičnosti u zdravstvenoj zaštiti u F BiH mogu se okarakterizirati kao značajan problem našeg zdravstvenog sistema. Svi podaci nedvojbeno ukazuju na velike nejednakosti u finansiranju zdravstvene zaštite po kantonima, alokaciji novca za lijekove na recept, iznosima i strukturi usluga za koje se plaća participacija, te korištenju prava na ortopedska i druga pomagala. Osnovni paket zdravstvenih prava može biti samo jedna od mogućih intervencija koja će ublažiti pomenute nepravičnosti (5).

Suočene s oskudicom sredstava u zdravstvu, vlade često pokušavaju utjecati na zahtjeve za zdravstvenom zaštitom putem postavljanja prioriteta u zdravstvenoj zaštiti, odnosno dizajna osnovnog paketa zdravstvenih prava. Postavljanje prioriteta u zdravstvenoj zaštiti može se definirati kao proces donošenja odluka o isključenju izvjesnog broja zdravstvenih usluga iz osnovnog paketa finansiranog putem kolektivne solidarnosti, te njihovom prepuštanju individualnoj odgovornosti građana (1). U F BiH paket zdravstvenih prava, finansiran iz obveznog zdravstvenog osiguranja, definira se kao „obim prava za zadovoljenje osnovnih zdravstvenih potreba građana, koje se pod jednakim uvjetima garantiraju svim osiguranim licima u okviru svakog od entiteta na

principima jednakosti, pravičnosti i solidarnosti, bez obzira na to gdje žive i koliki doprinos mogu uplatiti za zdravstveno osiguranje“ (7). Načela jednakosti, pravičnosti i solidarnosti jesu osnovne vrijednosti na kojima se temelji naš sistem zdravstvene zaštite.

U literaturi dizajn paketa zdravstvenih prava označava se i sintagmom „postavljanje prioriteta u zdravstvenoj zaštiti“. Drugim riječima, „postavljanje prioriteta u zdravstvenoj zaštiti podrazumijeva proces izbora između alternativnih programa i usluga zdravstvene zaštite, te pacijenata ili grupe pacijenata koji trebaju zaštitu. Postavljanje prioriteta je također proces u kojem se alternative rangiraju sukladno normativnim i tehničkim pravilima, rezultirajući s definiranjem minimalnog ili osnovnog paketa zdravstvenih prava.“ (15).

Ključni akteri u procesu dizajna paketa zdravstvenih prava u F BiH, tokom 2008. godine, bili su ministarstva zdravstva, zavodi zdravstvenog osiguranja, davaoci zdravstvenih usluga, stručnjaci iz oblasti javnog zdravstva, javnost i pacijenti. Legitimnost postavljanja prioriteta direktno korespondira s procesom odlučivanja, ukoliko je on otvoren i ukoliko manifestira pluralizam interesa u društvu. Međutim, konačno postavljanje prioriteta ipak je odgovornost odabranih vladinih službenika (radne grupe Federalnog ministarstva zdravstva) koji donose odluku vodeći računa o balansu između, s jedne strane, nužnosti kontrole troškova u zdravstvu, te s druge, širih socijalnih vrijednosti i principa, ciljeva zdravstvene politike, zakonskih okvira, zahtjeva za uslugama, političkih pritisaka, nužnosti reduciranja tereta bolesti, isplativosti i efikasnosti zdravstvenih usluga, kao i očekivanja javnosti i pacijenata. Radna grupa je bila proširena stručnjacima iz oblasti javnog zdravstva i zdravstvenog osiguranja, te pojedinim kliničkim disciplinama, a predsedavajući ovog tijela bio je prof. dr. Boris Hrabač, specijalista socijalne medicine.

Radna grupa je izradila opsežnu stručnu studiju pod naslovom Osnovni paket zdravstvenih prava za Federaciju Bosne i Hercegovine. Studija je sa stručnog aspekta elaborirala opredjeljenja Ministarstva, s posebnim osvrtom na definiciju problema, prijedlozima za reformu, metodologijom dizajna paketa prava, na formalne dokumente paketa prava, procjenu koštanja, način imple-

mentacije predložene sheme s mehanizmima ugovaranja zdravstvenih usluga, te uputstvom za pacijente. Kroz proces dizajniranja osnovnog paketa zdravstvenih prava bilo je potrebno eksplicitno odgovoriti na sljedeća pitanja: (a) ko je pokriven shemom; (b) kakvi se benefiti nude shemom; (c) ko administrira shemu; (d) ko pruža zdravstvene usluge koje su uključene u shemu; (e) kakvi su načini plaćanja davalaca usluga; (f) kako se shema finansira.

Paket zdravstvenih prava u F BiH, u administrativno-tehničkom smislu, sastoji se od četiri odvojene formalne odluke Parlamenta, i to: (a) odluke o neposrednom učeštu građana u finansiranju dijela troškova zdravstvenih usluga; (b) odluke o lijekovima koji se finansiraju na teret zavoda zdravstvenog osiguranja (pozitivna lista lijekova); (c) odluke o pravima na ortopedska pomagala; te, (d) odluke o zdravstvenim uslugama i programima koji se finansiraju iz federalnog fonda solidarnosti. Osnovni princip za implementaciju paketa zdravstvenih prava u deset kantona s visokim stupnjem decentralizacije jeste da svi kantoni moraju respektirati minimum prava na koji ih obavezuju pomenute odluke Federalnog parlamenta, a to implicitno podrazumijeva da svojim osiguranicima mogu pružiti veći obim prava od ovdje pomenutog, ako za to imaju mogućnosti. Ovakva legislativna rješenja štite interes pacijenata na cijelom teritoriju Federacije, promovirajući principe jednakosti i pravičnosti.

Vodeći razlog za uvođenje plaćanja participacije (podjele troškova) jeste mogućnost utjecanja na neopravdane zahtjeve za zdravstvenom zaštitom. Stoga participacija mora biti dovoljno visoka da odbije pacijente s neopravdanim zahtjevima, ali ipak dovoljno niska za pacijente s opravdanim zahtjevima. Većina zemalja zapadne Evrope stavlja mali naglasak na plaćanje participacije kao metode, bilo za prikupljanje sredstava ili za kontroliranje troškova liječničkih i bolničkih usluga. S druge strane, plaćanje participacije je široko rasprostranjeno u oblasti lijekova. Iako su ciljevi takvih politika rijetko eksplicitno istaknuti, njihova glavna svrha je da usmjere troškove za lijekove prema korisnicima, pogotovo za lijekove koji nisu na esencijalnoj listi i nisu od vitalnog značaja. U mnogim zemljama participacija pacijenata ima trend da postane uvjetna i često je udružena sa sveobuhvatnim sistemom izuzetaka.

U okviru odluke Federalnog parlamenta o podjeli troškova zdravstvene zaštite, opredjeljenja Vlade su klasificirana na sistematičan način u četiri skupine usluga/grupa pacijenata (9). U okviru skupine 1 prikazane su usluge koje se ne pokrivaju iz sredstava zavoda zdravstvenog osiguranja. To je tzv. negativna lista usluga. Zavod zdravstvenog osiguranja ne pokriva troškove tih usluga jer često daju malu zdravstvenu korist u odnosu na troškove njihovog pružanja, a najčešće se mogu prepustiti individualnoj odgovornosti građana jer ne predstavljaju esencijalnu zdravstvenu zaštitu iz perspektive društvenog pristupa konceptu zdravlja. U takve usluge spadaju estetske operacije, neobavezne imunizacije, Zubno-protetski radovi, banjsko-klimatska liječenja, izdavanja raznih potvrda i izvoda iz dokumentacije, uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti i slično.

U skupini 2 prikazane su usluge koje će se svim osiguranim licima pružati bez plaćanja participacije. Zavod zdravstvenog osiguranja u cijelosti će pokrivati troškove niza usluga koje su povezane s određenim stanjima i okolnostima, a na što ga obavezuju i normativni kriteriji za dizajn paketa zdravstvenih prava iz Zakona o zdravstvenom osiguranju (član 32). Riječ je o uslugama hitne medicinske pomoći, liječenju zaraznih bolesti, liječenju akutnih i hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život, zdravstvenoj zaštiti djece do navršene 15. godine života, zdravstvenoj zaštiti redovnih učenika i studenata, otkrivanju i liječenju endemske nefropatije, liječenju malignih oboljenja i dijabetesa ovisnog o inzulinu, zdravstvenoj zaštiti u trudnoći i materinstvu, zdravstvenoj zaštiti duševnih bolesnika koji zbog prirode i stanja bolesti mogu da ugroze svoj i život drugih lica, zdravstvenoj zaštiti oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize i multiple skleroze, provođenju obavezne imunizacije protiv dječjih zaraznih bolesti, liječenju povreda na radu i profesionalnih oboljenja, zdravstvenoj zaštiti građana iznad 65. godine života, liječenju narkomanije, te službi prikupljanja krvi.

U skupini 3 prikazane su vulnerabilne grupe osiguranika koje su oslobođene plaćanja participacije. Drugim riječima, zavod zdravstvenog osiguranja u cijelosti pokriva troškove zdravstvenih usluga za kategorije osiguranika koji spadaju u vulnerabilne grupe, kao što su djeca do navršene 15. godine života i redovni studenti do na-

vršene 26. godine života, vojni invalidi s 60% invaliditeta, članovi porodica poginulih ili umrlih pripadnika Vojske F BiH, civilne žrtve rata i invalidi s preko 60% invaliditeta, penzioneri čija penzija ne prelazi iznos od 170 KM mjesечно, osobe starije od 65 godina koje nisu korisnici penzije ili drugih prihoda preko 170 KM mjesечно, osiguranici štićenici socijalnih ustanova, osiguranici korisnici socijalne skrbi, osiguranici članovi udruženja slijepih, prognanici i izbjeglice, osiguranici dobrovoljni davaoci krvi i darovatelji dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, te osiguranici nezaposlene osobe prijavljeni kod zavoda za zapošljavanje.

U skupini 4 prikazane su usluge za koje osiguranici plaćaju participaciju u iznosima koji su eksplicitno navedeni u odgovarajućim tabelama. Od plaćanja tih participacija oslobođene su sve grupe osiguranika navedene u skupini 3, kao i zdravstvene usluge, dijagnoze i stanja koja su navedena u skupini 2. Zavod zdravstvenog osiguranja ne pokriva u cijelosti troškove navedenih usluga za iznos participacije koja ide na teret pacijenta. Ovi su iznosi participacija maksimalni iznosi koji se smiju naplaćivati na teritoriju nekog kantona. Kantoni imaju pravo naplaćivati manje iznose od navedenih, kao i ograničiti plaćanje participacije na manji broj usluga od onih koje su ovdje navedene. Ovakav pristup štiti pacijente od velikih finansijskih rizika tokom trajanja bolesti. U ovoj skupini navedeni su maksimalni iznosi participacije za 162 usluge.

Paket zdravstvenih prava je usvojen na Parlamentu F BiH u toku 2008. godine, a na sjednici Parlamenta prikazan je dokument pod naslovom Procjena koštanja osnovnog paketa zdravstvenih prava i način finansiranja. Prema pomenutoj procjeni, za finansiranje predložene sheme paketa zdravstvenih prava u najsiromašnijim kantonima je nedostajalo oko 50 miliona KM, te je odlučeno da će se taj iznos platiti iz sredstava federalnog proračuna. Implementacija paketa zdravstvenih prava uvjetovana je uplatom nedostajućih sredstava iz proračuna, te je na taj način zaustavljena sprovedba usvojenih zakonskih rješenja.

REGULIRANJE TRŽIŠTA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DAVALACA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Velika dilema za sve države koje transformiraju svoj sistem finansiranja zdravstva jeste balansi-

ranje principa solidarnosti i kompeticije između osiguravajućih kompanija. Ako samo jedna kompanija zdravstvenog osiguranja osigurava usluge zdravstvene zaštite, onda nema konkurenčije. Konkurenčija također nedostaje ako postoji nekoliko takvih kompanija, ali bez prava izbora između njih. Osiguranicima u Federaciji nije dozvoljeno da se osiguravaju u zavodu obaveznog zdravstvenog osiguranja drugog kantona. Za finansiranje razine prava koja se nalaze iznad osnovnog paketa zdravstvenih usluga osnovat će se fondovi dobrovoljnog/privatnog zdravstvenog osiguranja. Federalno ministarstvo zdravstva definirat će načine reguliranja rada ovih fondova, a s ciljem osiguranja principa solidarnosti i pravičnosti za sve građane. Ovi fondovi neće imati direktni konkurenčki odnos s fondovima obaveznog osiguranja jer će uglavnom finansirati različita prava na zdravstvenu zaštitu. Pored toga, obavezno zdravstveno osiguranje ne daje slobodu izbora za njegovo napuštanje i posjedovanje jedino privatnog osiguranja. Dakle, kompeticija će postojati jedino između fondova privatnog zdravstvenog osiguranja, ali ne i u obaveznom osiguranju.

Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o zdravstvenom osiguranju, ugovaranje fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja u kantonima ograničeno je na mrežu zdravstvenih ustanova. Parlamenti kantona i Federacije verificirat će mrežu ustanova, kako u javnom, tako i u privatnom vlasništvu. Ostali davaoci zdravstvenih usluga, koji nisu dio mreže zdravstvenih ustanova, biće finansirani putem direktnog plaćanja pacijenata (out-of-pocket payment) ili putem privatnog zdravstvenog osiguranja. Općenito, nema jake konkurenčije između davatelja u mreži zdravstvenih ustanova, odnosno u javnom sektoru. Čini se da je ugovaranje jedini način za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. Sistemi plaćanja zdravstvenih djelatnika i institucija smatraju se kompetitivnim mjerama i tržišnom motivacijom, kao i privatizacija pojedinih subsektora sistema (3).

PROCES PRIVATIZACIJE

U krugovima ključnih aktera reforme zdravstva u F BiH sve se više razgovara o procesu privatizacije u zdravstvu. Naime, već sada imamo značajan privatni sektor u oblasti ljekarni i veledrogerija, specijalističkih ordinacija, kao i stomatološke zdravstvene zaštite. Očekivani proces privatizaci-

je vjerovatno će se ograničiti na pojedine subsektore zdravstva, te na višak bolničkih kapaciteta koji neće biti u sastavu mreže zdravstvenih ustanova. Međutim, nalazimo se pred veoma značajnom dilemom: da li proces privatizacije u zdravstvu implicitno uključuje postojanje privatnog vlasništva ili je moguće organizirati rad privatnih medicinskih praksi bez obzira na karakter vlasništva. Druga velika dilema je slijedeća: kakvu mješavinu javnog i privatnog vlasništva dozvoliti u budućnosti u smislu ulaska privatnog vlasništva u mrežu zdravstvenih ustanova i pristupa novcu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (8).

U dokumentima Federalnog ministarstva zdravstva koji se bave politikom i strategijom reforme zdravstva, ističe se da privatizacija u okviru decentraliziranog sistema zdravstvene zaštite predstavlja jedno od ključnih opredjeljenja reforme zdravstva. Također se ističe nužnost opreznog i planskog pristupa, odnosno kako „proces privatizacije ne smije biti stihiski, niti zahvatiti sve subsektore zdravstva istodobno“. Međutim, čitav proces privatizacije u zdravstvu ne smije biti sam sebi svrha, već mora zadovoljiti pluralizam interesa svih aktera u zdravstvenom sistemu kroz postizanje određenih ciljeva. Ukoliko ciljevi procesa privatizacije nisu eksplisitni i transparentni, ako ne obećavaju značajnu korist za društvo u cjelini, onda čitav proces neće imati nikakvog smisla. Ciljevi privatizacije u zdravstvu mogli bi se, na primjer, definirati na slijedeći način: uvesti tržišne mehanizme motivacije u pojedine subsektore zdravstva (npr. u obiteljsku medicinu); poboljšati institucionalnu efikasnost; izdati višak prostora; prodati ili iznajmiti objekte koji nisu dio mreže zdravstvenih ustanova, te, na taj način, smanjiti ukupne troškove fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U zaključku, Zakon o zdravstvenoj zaštiti opredjeljen je za socijalni pristup pitanju zdravstvene zaštite u F BiH, nasuprot isključivo tržišnom pristupu. Zdravlje stanovništva ima veliki sociološki značaj za društvo u cjelini, te se ne može prepustiti simplificiranim tržišnim zakonima ponude i potražnje. Stoga država, kao predstavnik društvene zajednice, mora posjedovati instrumente za kontrolu sistema zdravstvene zaštite. Razumljivo je da ti instrumenti moraju uvažavati realnost globalnih ekonomskih i socioloških promjena koje su zahvatile zemlje u tranziciji. Odluke za uvođenjem više tržišne mo-

tivacije u jedan ili više subsektora zdravstvenog sistema zahtijevaju promijenjenu aktivnost vlade koja u svakom slučaju nije smanjena. Vlada F BiH stoga će morati biti mnogo kompetentnija tokom nadgledanja procesa ugovaranja između fondova zdravstvenog osiguranja i davalaca zdravstvenih usluga, kao i drugih tržišnih aranžmana, nego kada je direktno upravljala sistemom. Tržišni mehanizmi, bazirani na motivaciji, mogu biti uvedeni u pojedine segmente sistema zdravstvene zaštite, ali jedino uz državnu kontrolu efekata tih mjeru (3).

Reforme zdravstvene zaštite teže je implementirati nego što se to očekuje. Štoviše, one često imaju neželjene konsekvenze. Brojne su zemlje imale poteškoće koje se tiču neadekvatnog planiranja procesa implementacije reformi, a debate o reformi još uvijek obraćaju malu pažnju na probleme implementacije i strategije za upravljanje promjenama.

Na implementaciju bi trebalo gledati kao na integralni dio procesa reformi. Ista razina napora, usmjerena na razvoj politika, trebala bi biti okrenuta razvoju strategije za implementaciju. Međutim, implementacija nije egzaktna znanost. Ne postoji dogovoren set strategija koje će, ako se vjerno slijede, osigurati uspješne rezultate. Nadalje, okolnosti reforme jako variraju između različitih zemalja. Ipak, bolje razumijevanje faktora koji olakšavaju ili otežavaju promjenu, te strategija koje su se pokazale efektivnim u pojedinim zemljama, mogu pomoći kreatorima politike u ostvarivanju željenih promjena.

Okvir koji može pomoći da kreatori politike shvate faktore koji olakšavaju ili otežavaju promjene podrazumijeva četiri komponente: kontekst, proces, aktere i sadržaj reforme. Veću pažnju trebalo bi obratiti na *kontekst* u kojem se provodi politika reforme, na *proces* kojim je ona formulirana, implementirana i evaluirana, te *aktere* kojih se sve to tiče i koji utječu na njen *sadržaj*, kontekst i proces. Razvoj reforme zdravstva nalazi se pod utjecajem niza kontekstualnih čimbenika, uključujući makroekonomsku situaciju, sociopolitički okoliš i mješavinu socijalnih vrijednosti. Proces implementacije je direktno pogoden sistemom organizacije vlade, osobito distribucijom vlasti između centralne i lokalne razine. Iako su kontekst i proces važni, akteri reforme i interesne skupine često su ključne deter-

minante za politiku promjene. Četiri društvene grupe imaju stvarni utjecaj na implementaciju, a to su građani, zdravstveni djelatnici, politička elita i interesne skupine (WHO, 1996).

Biranje odgovarajućeg vremena za reformu, kao što je trenutak sa specifičnim okolnostima koje pogoduju promjenama, predstavlja ključnu determinantu za uspjeh. U vremenima političke i socijalne transformacije prilike za radikalne promjene mogu voditi ka prilično dramatičnim reformama. Finansijska održivost je takođe kritična u implementaciji reforme pošto su ekonomske recesije često bile glavne prepreke. Jedan od ključnih faktora za održivost reforme jeste tehnička sposobnost, odnosno posjedovanje adekvatnih informacijskih sistema i upravljačkih vještina za uvođenje često vrlo kompleksnih finansijskih i organizacionih aranžmana. Vjerojatno su politička volja i liderstvo najvažniji faktori koji utječu na implementaciju politike. Korisna strategija za uspješnu implementaciju reforme jeste razvijanje potencijala prijatelja politike putem utemeljenja strateških saveza ljudi, organizacija i agencija koje podržavaju predložene promjene. Međutim, potrebno je smanjiti i utjecaj političkih neprijatelja, čineći ih manje efikasnim kroz različite ustupke i podstreke. Takođe, osobito je važno tragati za podrškom javnosti (14).

Upravljanje procesom implementacije od velike je važnosti za promjene u zdravstvenom sistemu. Pet ključnih aspekata ovog procesa predstavlja: prvo, postavljanje eksplicitnih ciljeva reforme da bi dobili jasan pravac i olakšali društveni koncenzus; drugo, postavljanje odgovarajućih upravljačkih aranžmana s jasnom podjelom odgovornosti i identificiranje implementirajućeg tijela s odgovarajućim mehanizmima; treće, usvajanje odgovarajuće legislative na početku procesa; četvrto, korištenje finansijskih motivacija za olakšavanje procesa implementacije; i peto, ustanovljavanje odgovarajućih koraka za uvođenje promjena. Trenutno se vode značajne diskusije o zaslugama radikalne "big-bang" reforme u odnosu na postepene pristupe. Općenito govoreći, najbolji pristup u različitim zemljama ovisi o njihovim osobitim okolnostima. Međutim, postoje izvjesne prednosti u postepenom i fleksibilnom pristupu putem kojeg se željena promjena prvo testira lokalno ili putem pilot uzorka, prije širenja na zemlju kao cjelinu.

FINANCIRANJE

Nije primljena finansijska pomoć za ovo istraživanje.

IZJAVE

Komerčijalni ili potencijalni dvostruki interes ne postoji.

LITERATURA

1. Dunning AJ. Choices in health care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk, Netherlands, 1992.
2. Hrabač B. Family-centered care as a framework of primary health care development in Bosnia-Herzegovina. *Croat Med J* 1997; 38: 9-12.
3. Hrabač B, Hasović M, Đapo M, Solomun D. Politika i strategija reforme finansiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine. Sarajevo: Federalno ministarstvo zdravstva, 1998.
4. Hrabač B. A basis for the establishment of federal solidarity in health care in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Eurohealth* 2000; 6:11-2.
5. Hrabač B, Ljubić B, Bagarić I. Basic package of health entitlements and solidarity in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2000; 41:287-93.
6. Hrabač B. Outline of future payment system in family medicine in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Periodicum biologorum* 2003; 105:87-91.
7. Hrabač B. Sektorski prioriteti – zdravstvo. U: Srednjo-ročna razvojna strategija Bosne i Hercegovine – PRSP (2004-2007). Sarajevo: Vijeće ministara BiH, Ministarstvo spoljne trgovine i ekonomskih odnosa, 2004:166-77.
8. Hrabač B, Huseinagić S. Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH. Privatna praksa ili privatno vlasništvo? *Med Arh* 2008; 62:49-52.
9. Hrabač B, Huseinagić S, i sur. Osnovni paket zdravstvenih prava za Federaciju Bosne i Hercegovine. Sarajevo: Federalno ministarstvo zdravstva, 2008.
10. Huseinagić S, Hrabač B, Bodnaruk S. Ugovaranje u porodičnoj medicini. Zenica: Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica, 2010.
11. Ljubić B, Hrabač B. Reform of health insurance in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 1999; 40:160-5.
12. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002.
13. Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine. Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine za 2009. godinu. Sarajevo: Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, 2010.
14. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right. Washington: The World Bank Institute and Harvard School of Public Health, 2001.
15. WHO. European health care reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.

Social health insurance reform in the Federation of Bosnia and Herzegovina during transition

Boris Hrabač¹, Aziz Šunje², Snježana Bodnaruk³, Senad Huseinagić⁴

¹Medical Faculty, Mostar, ²Faculty of Economy, Sarajevo, ³Federal Ministry of Health, Sarajevo,
⁴Cantonal Public Health Institute Zenica; Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

The aim of this study is to review the major steps of the process of reform in the social health insurance in the Federation of Bosnia and Herzegovina during the period of transition from the socialist system of former Yugoslavia to the concept of the free market economy after the war. The analysis of the process of reform in the health financing highlights the following domains of the health care system: policy choices and constitutional background; organizational design of health insurance funds and administrative compliance; available resources and contribution rates; risk equalization scheme; contracting process and health care provider-purchaser split; methods of payment to health care providers; basic benefit package; cost-containment methods; regulating the health insurance market and health care providers; privatization process; and the lessons learned.

Key words: reform, social health insurance, Federation of Bosnia and Herzegovina

Original submission: 22 March 2011; **Revised submission:** 25 May 2011; **Accepted:** 03 June 2011.