

UDK: 349.2  
pregledni članak  
primljen 7. veljače 2017.

Leonora AJANIĆ, mag.iur.<sup>1</sup>

## PREMIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U SLUŽBI OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

### Sažetak

Predmet istraživanja bio je zdravstveno osiguranje građana, njegovo ostvarivanje kod raznih kategorija stanovništva te je shodno tome obuhvatilo relevantnu bibliografsku građu, iz oblasti zdravstva i socijalnih prava, što na domaćem što na engleskom jeziku. Prvo su obrađeni podaci socijalnog prava općenito, a dalje je zbog preciznosti istraživana sama problematika pitanja zdravstva. Također su predmet istraživanja bili Ustav, te relevantni zakonski i podzakonski akti. Predmet je sadržavao istraživanje dostupnosti zdravstvene zaštite građanima i zakonitost naplate premija/markica korisnicima zdravstvene zaštite kao nameta u oblasti zdravstva. Cilj istraživanja je bio ukazivanje neusklađenosti zakonskih i podzakonskih propisa u oblasti zdravstva, njihove direktne povezanosti s pravima, obvezama korisnika zdravstvene zaštite. Polazište teorijskog dijela je definiranje zdravstvenog osiguranja i povezanosti sa socijalnim osiguranjem, njegove vrste. Generalna hipoteza je da je zdravstveno osiguranje najvažnija grana socijalnog osiguranja i kao takvo treba težiti ostvarivanju i zaštiti prava korisnika. Gospodarsko i ekonomsko stanje zemlje utječe na otežano ostvarivanje ovih prava tj. pristup ovim pravima, odnosno, dodatno financijsko opterećenje putem premija/markica. Dok vladajući smatraju da rade upravo na poboljšanju zdravstvene usluge, uvođenjem premija, dotle korisnici smatraju da im se ovim upravo nanosi dodatna šteta, što je i zaključeno analizom svih iskorištenih podataka, koji ukazuju na ozbiljno kršenje Federalnih odluka po pitanju povlastica, privilegija i opterećenja korisnika zdravstvene zaštite, jer se uvođenjem premije korisnici zdravstvene zaštite dodatno novčano opterećuju.

Ovo istraživanje je teorijsko empirijsko. Korištena je općeznanstvena metoda, metoda analize sadržaja s kojom su se analizirali zakonski i podzakonski akti. Komparativnom metodom su se poredile kantonalne odluke.

Osnovni metoda koji je korišten je tzv. desk metoda istraživanja, a to znači da su se uzimali u obzir prikupljeni podaci koji već negdje postoje, a sada su se koristili samo za potvrdu ili opovrgavanje utvrđene hipoteze istraživanja.

**Ključne riječi:** zdravstveno osiguranje, zdravstvena zaštita, markice/premije, pravno uređenje, plan reformi

1) Doktorand na Poslijediplomskom doktorskom studiju (radno – upravni smjer) Pravnog fakulteta Sveučilišta u Mostaru

## 1. POJAM I VRSTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine<sup>2</sup>, zdravstveno osiguranje definiramo kao dio socijalnog osiguranja građana, također on čini jedinstven sustav u okviru kojeg građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obvezno u okviru županija/kantona osiguravaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja.

Iz ove zakonske definicije mogu se izvući ključne riječi zdravstvenog osiguranja, a to su: socijalno osiguranje, novčana sredstva, načelo uzajamnosti i solidarnosti, te zdravstvena zaštita.

U teoriji postoje dva načina definiranja zdravstvenog osiguranja, a to su materijalni pojam zdravstvenog osiguranja i procesni pojam zdravstvenog osiguranja.<sup>3</sup>

Pod pojmom materijalnog zdravstvenog osiguranja podrazumijevamo skup pravnih pravila, kojima se utvrđuju prava, obveze i odgovornosti u zdravstvenom osiguranju.

Procesno zdravstveno osiguranje je takvo osiguranje kojim se uređuje postupak, rokovi i organi za reguliranje, realizaciju i zaštitu prava, obveza i odgovornosti subjekata između kojih se zasnivaju odnosi zdravstvenog osiguranja.

Oba ova pojma zdravstvenog osiguranja svoje korijene vuku iz *lex generalis* i *lex specialis* zakona i brojnih drugih podzakonskih akata, koji detaljno reguliraju svaku bitnu stavku ove dvije definicije, regulirajući na taj način ključne značajke samog zdravstvenog osiguranja njegove funkcije, vrsta, načina organiziranja, stjecanja i sl.

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju dobrovoljno zdravstveno osiguranje je takva vrsta osiguranja kada osiguranici sebi i članovima svoje obitelji mogu osigurati neka dodatna prava koja nisu obuhvaćena obveznim zdravstvenim osiguranjem.<sup>4</sup>

Obvezno zdravstveno osiguranje prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju<sup>5</sup> je takva vrsta osiguranja prema kojemu se osiguranicima koji su u radnom odnosu i onima koji vrše određene djelatnosti osigurava pravo na korištenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći.

Prema svojim karakteristikama prošireno zdravstveno osiguranje ima dosta sličnosti s dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, ali s jednom razlikom, a to je, da prošireno zdravstveno osiguranje uvodi nadležno zakonodavno tijelo u skladu sa zakonom, s tim da se osniva jedan novi fond, koji je različit od fonda obveznog zdravstvenog osiguranja.

## 2. VRSTE FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Brojni su načini financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja. Sredstva se osiguravaju, odnosno izdvajaju iz 14 grupa izvora, a sve njih se može svesti u 5 glavnih skupina, a to su:<sup>6</sup>

- doprinosi;

2) Zakon o zdravstvenom osiguranju, Službene novine FBiH, broj 30/97,7/02,70/08,48/11.

3) Dedić, S. op.cit. str.91.

4) ZZO, čl.78.

5) ZZO, čl.3.

6) Dedić, S. op.cit. str.116

- naknade za zdravstvenu zaštitu radnika zaposlenih u inozemstvu, inozemnih umirovljenika i članova njihovih obitelji;
- sredstva budžeta;
- sredstva osobnog sudjelovanja osiguranih osoba u pokriću troškova zdravstvene zaštite;
- prihodi od donacija, pomoći, taksi, kamata, dividendi i dr.

Budući da ne postoji jedinstvena politika financiranja zdravstvenog osiguranja za cijelu BiH, akte o ovom pitanju pojedinačno su usvojili kako FBiH, tako i Republika Srpska i Brčko Distrikt. Još jedna dodatna nepogodnost javlja se u slučaju FBiH, a to je da je nadležnost po pitanju zdravstvenog osiguranja, pa skupa s tim i financiranja istog, dana u nadležnost između federalne vlasti i županija/kantona., dok je primjerice u RS-u i BD-u, ovaj problem riješen- centralizacijom.

Gledajući malo unatrag, odnosno osvrćući se na povijest uočavamo slijedeće:<sup>7</sup>  
od 1463.- 1878. BiH je bila pod turskom upravom čije vrijeme karakterizira davanje „sadake“ i „milostinje“ sirotinji, od općina, crkava i pojedinih društava, jer nisu postojali organizirani oblici socijalnog osiguranja;

- od 1878. – 1918. kada je BiH ušla u sastav Kraljevine Jugoslavije; razvoj socijalnog osiguranja je bio restriktivan prema domaćem stanovništvu i radništvu, a provodio se prema važećim propisima austrougarske monarhije;
- od 1918.- II.svjetskog rata razvoj socijalnog osiguranja u BiH se kretao u pravcu klasičnih zdravstvenih osiguranja, u vidu bratimskih blagajni, bolesničkih kasa i privatnih osiguravajućih institucija.

Nakon ovoga imamo tri faze harmonizacije, a sve u cilju rješavanja mnogobrojnih problema ostvarivanja zdravstvene zaštite:

- I. faza – Zakon o socijalnom osiguranju radnika, namještenika i službenika, Službeni list FNRJ br.65/46
- II. Opšti zakon o zdravstvenom osiguranju i obveznim vidovima zdravstvene zaštite- 1969.
- III. Formiranje „Samoupravne interesne zajednice za zdravstvenu zaštitu“
- IV. Ukidanje SIZ-ova i uvođenje javnih fondova; formira se Republički fond za zdravstvenu zaštitu.

6. travnja 1992. godine počinje rat , te se rad institucija odvija u ratnim uvjetima.

U sustavu financiranja zdravstvene zaštite imamo jedan skup od tri važna elementa, odnosno karike. Jedan bez drugog ne mogu postojati, budući da jedan od drugog ovise, Ta tri elementa su:

- fondovi;
- davaoci usluga (ustanove zdravstvene zaštite);
- korisnici zdravstvene zaštite.

Sustav financiranja zdravstvene zaštite predložila je Organizacija za Europsku sigurnost i suradnju 1987. godine i prema tome se svi sustavi mogu grupirati u 3 osnovna modela.<sup>8</sup>

7) Salihbašić; Šehzada; Sistem financiranja zdravstvene zaštite; Gračanica 2011.,str.43

8) Salihbašić,Š., op.cit. str.86.

- sustav nacionalne zdravstvene službe- Bevriddžov model;
- sustav socijalnog osiguranja-Bizmarkov model;
- sustav privatnog osiguranja.

BiH treba težiti ujednačavanju modela financiranja zdravstvenog osiguranja, što bi ujedno dovelo do stabilizacije i harmonizacije dosadašnje rascjepkanosti, boljih i jasnijih uvjeta pristupa zdravstvenoj zaštiti, a uz sve to i ujednačavanje stopa i doprinosa na teritoriju cijele BiH, čime bi ujedno i zdravstvena zaštita postala univerzalna veličina uvijek i svugdje, a ne ovako kada kamen spoticanja i nepremostivi problem predstavlja prelaženje iz županije u županiju, a ne iz entiteta u entitet, a država jedna.

### 3. MARKICE/PREMIJE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Svako pravilo ima svoju iznimku pa tako i ovo o načinima financiranja zdravstvene zaštite, o čemu je prethodno bilo riječi.

Kad spominjemo ovu iznimku prvenstveno mislimo na područje Federacije Bosne i Hercegovine, točnije na pojedine županije/kantone.

Godišnja premija je sudjelovanje osigurane osobe u zdravstvenom osiguranju, na način što kad uplate ovu vrstu prinosa, oslobađaju se plaćanja svake pojedinačne usluge (u teoriji, praksa pokazuje nešto drugačiji stav).

Korisnici zdravstvene zaštite tj. osigurane osobe koje uplate premiju, oslobođene su sudjelovanja u svim troškovima primarne, konzultativno-specijalističke i bolničke zdravstvene zaštite, osim u troškovima ambulantne i stacionarne rehabilitacije u specijaliziranim zdravstvenim ustanovama (banjsko liječenje).<sup>9</sup>

Visinu premije utvrđuje Upravno vijeće Zavoda zdravstvenog osiguranja, a najkasnije do 30.-og studenog tekuće godine za narednu godinu.

Svaka županija/kanton u kojoj je uveden ovakav način financiranja zdravstvenih usluga, visinu premije kreira prema svojim vlastitim pravilima, što znači da iznos nije jednak, ovisno od područja do područja.

Obveza je osobe koja se odluči kupiti markicu da to uradi do 01. ožujka tekuće godine, u suprotnom joj to pravo propada i primorana je plaćati sve 134 usluge navedene u Odluci.

Parlament Federacije Bosne i Hercegovine, a na prijedlog Vlade FBiH, 2009.godine je donio Odluku o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava (Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine broj 21/09).Ovom odlukom regulirana su slijedeća pitanja: osigurana lica koja se oslobađaju participacije, osnova, vrijeme i način uplate sredstava participacije; obveza iskazivanja priliva sredstava participacije po ovom osnovu i druga pitanja od značaja za provođenje ove odluke.

Odabравši ovu temu kao ključ i temelj istraživanja saznanja problema „markica“ bilo je brojnih putova i pravaca, a jedan od njih je i tzv. ICVA-Inicijativa i civilna akcija- u ime onih koji ne mogu sami.

Poseban osvrt na „gorući“ problem markica ova inicijativa je obradila više puta na brojne načine. Neke od njih su u direktnoj povezanosti sa samim nazivom ovog rada, a u kojima stoje jasne smjernice što i kako bi dalje trebalo i bilo nužno da se uradi.

<sup>9</sup>) Odluka o premiji-sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite na teritoriju HNŽ/K, čl.3

Najvažnije smjernice su:<sup>10</sup>

- Svibanj 2009. – Do univerzalne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini – pregled stanja i preporuke za djelovanje
- Studeni 2010. – Zašto nismo jednaki u pravima iz zdravstvene zaštite? Pregled stanja i preporuke za djelovanje
- Ožujak 2011. - Vodič za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite

Uz sve ovo navedeno, važan doprinos rješavanju problema, predlaganju povoljnih mjera i načina realizacije istih, u velikoj mjeri daju nevladine organizacije u prvom redu Naše društvo, Futura i Pravo pacijenata.ba.

Stav javnosti prema ovom problemu nije ujednačen. Zašto je to tako?

Možda ljudi nisu dovoljno dobro upoznati sa svojim pravima ili ako jesu možda nemaju dovoljno hrabrosti o tome javno progovoriti, sve do onog trenutka kada netko stane u zaštitu njihovih osobnih prava.

Primjeri iz prakse govore slijedeće.

Centar za istraživačko novinarstvo se već dosta dugo bavi pitanjem zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine, očitavajući na jasan i nedvosmislen način njegove dobre i loše strane kao i eventualne preporuke za djelovanje.

Prilikom objave rezultata o neusklađenosti propisa, kontaktirana je i javnost, nasumičnim izborom ispitanika.

U tom trenutku dio ispitanika je bio zadovoljan postojećim stanjem vodeći se s onim „daj šta daš“, dio njih uopće nije znao za ovakve nesuglasnosti, dok treća skupina je svoj stav iskazala izričitim nezadovoljstvom postojećim stanjem.

Veliki apsurd predstavlja činjenica da pojedini osiguranici u pojedinim gradovima, pored uplaćenog obveznog zdravstvenog osiguranja, uplate i premiju/markicu, te povrhu svega toga, uplate i određeni novčani iznos u trenutku pružene zdravstvene usluge.

Ovakav slučaj trostupanske naplate jedne te iste usluge, učinjena je nad četverogodišnjim djetetom koje bi ne samo po Zakonu nego i po aktu više pravne snage Konvencije o pravima djeteta moralo biti oslobođeno bilo kakve participacije pri korištenju zdravstvene zaštite.

Pojedini građani imaju stav da premija/markica uopće ne bi predstavljala problem, s tim da nadležni vrate uplaćena sredstva po prestanku uplatnog razdoblja, ukoliko se usluge ne bi koristile.

Drugi stav javnosti ide ka tome da bi premije/markice bile idealno rješenje, da se s njima skupa smanje liste čekanja, poveća razina/kvalitet zdravstvene usluge i poradi na ljubaznosti osoblja.

Neki čak smatraju, čemu sve ovo kad postoje privatne zdravstvene ustanove, jer svakako plaćamo, a za razliku od državnih ustanova, barem nivo ljubaznosti ima višu razinu.

Deset godina otvorene procjene Euro Health Power House-a pokazalo je veoma stabilne nacionalne sustave zdravstvene zaštite u Europi. EHCI je usporedba europskih sustava zdravstvene zaštite temeljene na listama čekanja rezultatima ljubaznosti. Podaci se pokazuju grafički. U periodu od 2005. – 2008. i 2012. - 2015. predstavljao Euro Health Power House. Rangiranje 2014. je uključivalo 37 zemalja koje su se mjerile prema 48 indikatora. On mjeri ljubaznost sustava zdravstvene zaštite, a ne koja europska zemlja

10) [www.icva-bh.org](http://www.icva-bh.org)

ima najbolji sustav zdravstvene zaštite. Većina europskih zemalja napreduje iz godine u godinu. Jedini negativni utjecaj u nekim zemljama se odnosi na sporije uvođenje novih lijekova. Iznenadujući je broj zemalja u ovom istraživanju koje su bile sa srednjim i niskim rezultatima. Unatoč mjerama štednje zbog krize europska zdravstvena zaštita daje dobre rezultate.

#### 4. IZDACI GRAĐANA NASUPROT KVALITETI USLUGA U ZDRAVSTVU

Prema statističkim podacima broj zdravstveno osiguranih u Federaciji BiH je u stalnom padu, uzroka tome je više, ali je to ujedno i razlog za dodatno opteretiti ove preostale.

U vrijeme nastajanja ovog rada broj osiguranika za 2015. godinu još uvijek nije bio poznat, tako da smo svoje tvrdnje temeljili na podacima za 2014. godinu.

Dokument koji potvrđuje ovu tvrdnju izdaje se svake godine za prethodnu godinu od strane Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH.<sup>11</sup>

Način prikupljanja podataka je jedinstven na način da tijekom cijele godine Kantonalni zavodi prikupljaju podatke od svih privatnih i javnih ustanova zdravstvenog osiguranja i na sistematičan način ih proslijeđuju Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja. Minimalne stope i osnovice za obračun nisu ujednačene u svim županijama/kantonima. Ukupan broj osiguranika u 2014. godini je iznosio ukupno 2.019.525, što je 0,07 % manje u odnosu na 2013.godinu.

Jedino pozitivno je to što se povećao broj zaposlenih kod poslodavca, a koji su prijavljeni na zdravstveno osiguranje, a to je važno zbog toga što oni čine 95% ukupno ostvarenih sredstava od doprinosa, a sve ostale kategorije osiguranika kao što su poljoprivrednici, umirovljenici, nezaposlene osobe i invalidi i civilne žrtve rata sudjeluju sa samo 5%. Istodobno, kako se broj osiguranih osoba u 2014. godini smanjivao, broj zaposlenih u zdravstvenom sektoru je rastao i to za 1 %.

Nelogičnost nastupa u trenutku spoznaje ovog podatka, a to je da je u 2014. godini prihod iz obveznog zdravstvenog osiguranja povećan za 7 % u odnosu na 2013. godinu.

Za zaključiti je da je ovo jedino i logično moguće na način da je povećan teret preostalih osiguranika, kako zavodi ne bi bili na gubitku, unatoč stalnom opadanju broja osiguranih osoba.

Usporedbe radi, odnosno zbog jasnije slike svega navedenog, potrebno je ukazati na dokument<sup>12</sup> koji se odnosi samo na HNŽ/K, a iz kojeg se također da jasno iščitati politika naplate premija/markica.

Ured za reviziju institucija u Federaciji Bosne i Hercegovine sa sjedištem u Sarajevu, u mjesecu srpnju 2012. godine objavilo je podatke za 2011.godinu iz kojih se koncižno i jasno da zaključiti slijedeće:

- Financijski plan Zavoda nije donesen u zakonskom roku, niti je usvojen od strane zakonodavne vlasti u HNŽ/K, te je u suprotnosti s odredbom Zakona o proračunima u FBiH;

11) Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji BiH za 2014.godinu

12) Izvješće o reviziji finansijskih izvješća Zavoda zdravstvenog osiguranja HNŽ/K za 2011.godina

- Od premija/markica Zavod je ostvario prihod od 3.172.310 KM;
- Utrošak javnih sredstava za poslovanje Zavoda i to na iznose iznad mogućnosti oporezivanja;
- Nesačinjavanje detaljnih izvješća opravdanosti trošenja sredstava za lijekove s Esencijalne liste;
- Uplata odobrenih novčanih sredstava na račun korisnika, a ne direktno na račun ortopedске kuće gdje je pomagalo nabavljeno i dr.

„Više nego igdje pojam kvaliteta, posmatran kao promocija kvaliteta, osiguranje kvaliteta, sistem upravljanja kvalitetom ili najposlije kao totalno upravljanje kvalitetom, nije od većeg značaja kao u sektoru zdravstva“.<sup>13</sup>

Poseban akcenat ne treba staviti na prevenciju problema i grešaka nego na detekciju grešaka, pri čemu za kvalitet više ne brine samo odjeljenje za kvalitet nego svi.<sup>14</sup>

Spominjući pojam kvaliteta usluga, u obzir se moraju uzimati dvije važne vrijednosti, a to su, želje i potrebe korisnika i mogućnosti i dostignuća pružatelja usluga.

Treba se usmjeriti prema zadovoljavanju oba ova kriterija, ali samo uz međusobno harmoniziranje i nadopunjavanje.

Sedam je ključnih i važnih elemenata koji osiguravaju postizanje najvišeg nivoa kvalitete zdravstva, a to su:<sup>15</sup> posvećenost i liderstvo glavnog izvršnog direktora; promjena kulture; planiranje i organizacija; obrazovanje i obučavanje; uključivanje; prepoznavanje; mjerenje.

Sve ovo se postiže pravovremenim, istinitim i točnim informiranjem te dostupnosti i pravo uvida u dokumentaciju zbog rasvjetljenja eventualnih spornih događaja, koji priječe kontrolu kvaliteta.

„Pod kvalitetom zdravstvene usluge podrazumijeva se u najširem smislu: obučeno osoblje, standardizirane usluge, prevencija, smanjivanje rizika u radu, efektivnost i efikasnost u postavljanju dijagnoza i provođenja terapijskih procedura, te široka kultura i komunikacija.

Kvalitet se danas posmatra kao kvalitet usluge, ali i kao stvaranje što povoljnijih uvjeta za pacijente (niža cijena, brz odgovor na zahtjev pacijenta, fleksibilnost u odnosu na količinu i raznovrsnost, visok nivo usluga i sve ostalo što je u skladu s percepcijom pacijenta.“<sup>16</sup>

Nekad se u mjerenju kvaliteta zdravstva išlo samo prema tome da se smanje troškovi pružene zdravstvene usluge, a danas osim toga ide se ka tome da se poveća i kvalitet zdravstvene usluge. Politika kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenom sistemu je dio reformi, a ciljevi su slijedeći:<sup>17</sup> unapređenje efikasnosti i djelotvornosti u zdravstvenom sektoru; smanjenje zdravstvenih izdataka; jačanje susretljivosti menadžmenta u zdravstvu; povećanje susretljivosti zdravstvenog osoblja prema pacijentima kao korisnicima usluga.

Ne vraćajući se duboko u povijest nego samo ako se osvrnemo na razdoblje bivše Jugoslavije, možemo primijetiti da je tamo u odnosu na danas, zdravstveni sustav i kvalitet istog, bio na višoj razini, prvenstveno zbog niskih cijena i lakšeg pristupa uslugama

13) Petković, Darko, Sivić, Suad – Osnove tehnologija i menadžmenta u zdravstvu, Zenica 2008., str.143.

14) Petkovic. D., Sivić, S., op.cit. str.143

15) Petković, D., Sivić, S. op.cit. str. 146.

16) Huseinspahić, Nezir, Isaković, Mirsad – Marketinški modeli mjerenja kvaliteta zdravstvenih usluga, Tuzla 2013. str.1

17) Huseinspahić N, Isaković M – op.cit. str. 16.

zdravstva. Kurativna i preventivna zaštita je bila na jako visokoj razini. Sve se temeljilo na tome da je država skoro u cijelosti bila financijer zdravstvenih usluga, s visokom razinom kvalitete.

Plaćanje od strane pacijenta je bilo minimalno ili nikakvo.

No, da ne bi sve ostalo lijepo i pogodno, nezadovoljstva i takvog sustava su se očitovala u slijedećem (što je doprinijelo procesu reforme-današnjem stanju):<sup>18</sup> nezadovoljstvo građana sa: kvalitetom i pristupom odgovarajućim zdravstvenim uslugama i lijekovima, crnim tržištem u zdravstvenom sektoru (plaćanje ispod stola), nepostojanje slobode izbora ljekara, mali utjecaj na donošenje odluka; nezadovoljstvo zdravstvenih radnika sa: plaćama ispod industrijskog prosjeka, nepostojanje slobode za ljekare da budu izabrani od strane pacijenta i plaćeni na osnovu svog rada, nizak socijalni status, mali utjecaj na zdravstvenu politiku; nezadovoljstvo rukovodioca zdravstvenih ustanova zbog kronično nedovoljnog financiranja zdravstvenih ustanova, loše opreme, malih budžeta za održavanje, nepostojanja neovisnosti u radu zdravstvenih ustanova, nepostojanje slobode u uspostavljanju cijena, ugovaranju, investiranju, regulaciji radnih odnosa.

U nastavku navodimo primjer današnjeg zdravstvenog uređenja Njemačke i Švedske.<sup>19</sup>

Njemačka – zdravstveno osiguranje Njemačke prihvatile su brojne druge europske zemlje, sada članice Europske unije, one koje i nisu članice, kao i one u tranziciji, primjerice BiH. Njemački model je poznat kao model blagostanja, zbog toga što je država osiguravala „lavovski“ dio sredstava za ove namjene. Međutim, zadnjih nekoliko godina i ova zemlja doživljava preokret – jer se uvode restriktivne mjere smanjivanja određenih prava, no usprkos tome i dalje drži značajno mjesto kvaliteta i usluge.

Švedska – u nekim elementima ovaj model zdravstvenog osiguranja je znatno kvalitetniji od Njemačkog, a glavni razlog tomu je uloga državnih institucija u osiguravanju značajnih sredstava, zbog toga što je u ovoj zemlji ekonomija veoma jaka.

## 5. HITNOST REFORMI-NOVI STRATEŠKI PLAN RAZVOJA ZDRAVSTVA

„ Reformu zdravstvene zaštite je teže implementirati nego što se to očekuje. Brojne zemlje su imale poteškoća zbog neadekvatnog planiranja procesa reformi. Četiri društvene grupe imaju stvarni utjecaj na implementaciju, a to su građani, zdravstveni djelatnici, politička elita i interesne skupine.

Upravljanje procesom implementacije od velike je važnosti za promjene u zdravstvenom sustavu.“<sup>20</sup>

2011. godine izdat je Priručnik za reformu primarne zdravstvene zaštite, u kojem između ostalog stoji slijedeće:<sup>21</sup> dostupnost podataka od esencijalne važnosti za inter-

18) Žarković, Grujica, Hrbač Boris, Nakaš Bakir – Zdravstvena politika i upravljanje nacionalnim sistemima zaštite zdravlja: sa posebnim osvrtom na probleme bivših socijalističkih zemalja, Sarajevo 1999., str. 18.

19) Dizdarević, Sead, Dolić, Josip – Socijalno pravo, Sarajevo 2011. str.21.

20) Hrbač Boris, Šunje Aziz, Bodnaruk Snježana, Huseinagić Senad – Reforma socijalnog zdravstvenog osiguranja u FBiH za vrijeme tranzicije, str.15.

21) Rašidagić, Ešref Kenan, Priručnik za reformu primarne zdravstvene zaštite, Sarajevo 2011.

venciju u sektoru zdravstva; potreba za nevladinim organizacijama u svrhu posredovanja; ocjena usluga zdravstvene zaštite koje se planiraju reformirati; tri faze procjene: pre-dinterventna, interventna, postinterventna; procjena strukture zdravstvene zaštite; procjena aktivnosti i podjela poslova.

Također su veoma značajni podaci dobiveni izvještajem za period 2009.-2011. tzv. Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini.

Iako je od svih navedenih mjera prošlo više od pet godina, mali dio njih je u potpunosti uređen, što znači da je veći dio njih i dalje ostalo samo mrtvo slovo na papiru. Zbog toga je stanje i dalje slično onome iz 2009. godine kad je istraživanje i provedeno, osim pitanja regulacije informacijskog sustava, gdje je napravljen korak naprijed, dok je u nekim stvarima napravljen i korak natrag, kao primjerice, pitanje liste esencijalnih lijekova.

Ideje i dalje postoje, sveprisutne su, samo što je realizacija istih upitna.

U svrhu iznalaženja boljeg rješenja donesena je 2015. godine Reformska agenda za Bosnu i Hercegovinu za period 2015.-2018., koja između brojnih otvorenih pitanja definira i pitanja reforme socijalne zaštite gdje spada i zdravstvo.

U njima se navodi:

„Entitetske vlade, vlade kantona i Brčko Distrikta moraju poboljšati ciljne socijalne pomoći putem paketa mjera kojima će učiniti politike socijalne zaštite efikasnijim, efektivnijim i pravičnijim. Socijalna zaštita je u funkciji onih kojima je zaista potrebna ili koji je plaćaju i mora biti postavljena na stabilne financijske osnove.“

Dokument koji na puno precizniji i decidniji način promatra sferu zdravstva i predlaže adekvatne izmjene je „Strateški plan razvoja zdravstva u FBiH u periodu od 2008.-2018. godine“.

U tom dokumentu po pitanju financiranja zdravstvenog sustava stoji da dosada nijedan kanton/županija nije uveo prošireno ili dobrovoljno zdravstveno osiguranje i da se obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguranim osobama osigurava pravo na zdravstvenu zaštitu. Tu također stoji da bi se zdravstvo osim doprinosa trebalo financirati i prikupljenim sredstvima na osnovu PDV-a, kao i određeni postotak akciza na cigarete i alkohol.

Iz svega navedenog jasno se može iščitati da postupak naplate tj. prikupljanja sredstava od premija/markica nigdje nije zakonski proveden niti omogućen.

U suradnji s udrugom za unapređenje kulture življenja- Futura, došlo se do slijedećih podataka.

Na zahtjev koji se odnosio na hitnost usklađivanja Odluke o premiji sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite na teritoriju HNŽ/K (Narodne novine HNŽ/K, broj 2/06, s Odlukom o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinačnih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava (Službene novine FBiH, broj 21/09), odgovor je bio da je Upravno vijeće Zavoda zdravstvenog osiguranja HNŽ/K 2011. godine donijelo Prijedlog odluke o usklađivanju koji je poslan na Skupštinsku proceduru, no suglasnost da danas nije dobivena.

Iz ovakvog odgovora se jasno zaključuje da je trenutna sporna situacija nadomak svog rješavanja, samo u slučaju da odgovorni konačno skinu prašinu s napravljenog prijedloga, uvrste ga u dnevni red Skupštine i izglasaju prihvatanje (naravno, ukoliko on

ikako postoji), te konačno smognu hrabrosti priznati da u ovom slučaju niži pravni akt nije u skladu s višim pravnim aktom.

Presedan ovog pitanja nije samo u tome što se krši odluka nekog višeg tijela, nego se ovdje direktno krše prava osiguranika zajamčena samim Zakonom o zdravstvenom osiguranju, točnije njegovim izmjenama i dopunama<sup>22</sup> u kojima jasno stoji „djeca od rođenja do navršene 15.godine života, odnosno stariji maloljetnici do 18.godine života i osobe nakon navršenih 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovi, oslobođeni su plaćanja sredstava osobnog sudjelovanja osiguranih osoba prilikom korištenja zdravstvene zaštite. Za djecu od rođenja do navršene 15 godina života, odnosno starije maloljetnike do 18 godina života i osobe nakon navršenih 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu, plaćanje izravnog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite vršit će tijelo uprave kantona mjerodavno za poslove socijalne i dječje zaštite.“

U prilog činjenicama nezakonitog naplaćivanja participacije ide i činjenica da je četrnogodišnja djevojčica<sup>23</sup> istu uslugu platila čak tri puta, kao i primjer iz Širokog brijega<sup>24</sup> gdje je korisnik zdravstvene zaštite uz uredno ovjerenu zdravstvenu knjižicu, uplaćenu premiju, ipak bio dužan izdvojiti 10 KM, da bi nalazi mogli biti poslani na laboratorijsku pretragu u Sveučilišnu bolnicu, uz objašnjenje, da se prijevoz naplaćuje, a nitko nije objasnio, zašto se naplaćuje kad je to već jednom plaćeno u vidu da se izdaje uputnica za takve pretrage-dobrotvori koji svoje dobrotvorstvo naplate na sebi svojstven način.

U ovim pričama je apsurd veći zbog toga što na dobivenim priznanicama uopće nema pečata ovlaštene ustanove niti se datum priznanica poklapa s datumom uplate iznosa. Očito je u pitanju neka ozbiljna malverzacija, bez adekvatnog načina i mogućnosti pravdanja iste.

Da se zaključiti da ste od onih 134 usluge oslobođeni samo relativno.

Nekad se ovakav način ubiranja sredstava okarakterizira kao dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ali ni to nema pravnih osnova, jer bi tada trebao postojati zaseban Fond, a ne ovako da sve prikuplja Fond zdravstvenog osiguranja na teritoriju županije/kantona.

## 6. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Zdravstveno osiguranje kao važan dio socijalnog osiguranja bi trebao predstavljati stabilnu i jaku kariku u lancu ljudskih prava. Iz prethodno navedenog ovaj segment ljudskih prava ima dosta svojih slabosti, uzrokovanih prvenstveno neobzirnošću odgovornih vlasti i tromosti u provođenju predviđenih i potrebnih reformi.

Problem naplate bonusa zdravstvenog osiguranja u vidu premija/markica u pojedinim kantonima/županijama, nadilazi realne i moguće aspekte rješavanja na županijskom/kantonalnom nivou i teži ka nekim višim instancama, a sve u svrhu zaštite prava, obveza i odgovornosti pacijenata.

Markice/premije zdravstvenog osiguranja su idealno rješenje u slučajevima kada bi se njihovo provođenje provodilo sukladno Federalnoj odluci, što znači da one postoje uz

22) Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju Službene novine, broj 70/08., čl.3.

23) [www.cin.ba](http://www.cin.ba)-Doplata za ravnopravnost

24) [www.fedralna.ba](http://www.fedralna.ba), Dnevnik 2-15.05.2016.godine

obvezno zdravstveno osiguranje, ali za one kategorije stanovništva koje stvarno i obvezuje na participaciju. Za sve ostale ona predstavlja dodatan finansijski teret.

To je savršen način plaćanja troškova zdravstvene zaštite, ali samo u dva slučaja:

- Da se uz uplaćenu premiju ne naplaćuje dodatno i participacija, jer već plaćamo dva puta, zašto tri;
- Da se oslobode kategorije stanovništva koje su inače oslobođene bilo kakve participacije.

„Zdravlje stanovništva ima veliki sociološki značaj za društvo u cjelini, te se ne može prepustiti simplificiranim tržišnim zakonima ponude i potražnje,”<sup>25</sup>

## Summary

The subject of this research was the health insurance, its realization in different population categories, so accordingly, it encompassed the relevant bibliographical units from the fields of health care and social rights, in both our and English language.

Firstly, social rights in general were discussed, and afterwards the issue of health care itself for the purposes of precision.

Subjects of this research were also the Constitution and the relevant laws and by-laws. The subject was consisted of the research of the health care availability to citizens and the legality of premium/stamp charging to the users of the health care system as a kind of impost in the field of health care.

The goal of this research was to point out the incompatibility of legislation and by-laws in the field of health care, their direct connection to rights, commitments of the users of the health care system. The starting point of the theoretical part is defining the health insurance and its connection to social insurance of its kind.

The general hypothesis is that the health insurance is the most important part of the social insurance and that as such it should aim at realization and protection of the users' rights. Economic circumstances of the country influence the difficulties in exercising these rights i.e. the access to these rights, that is, the additional financial burden exercised by premium/stamps. Whereas those governing think that they improve the health services by introducing premium, the users on the contrary think that damage is being inflicted to them by doing so, that was also concluded by the analysis of the all data, that point to the serious violation of the Federal decisions regarding benefits, privileges and burden for the users of the health care system, as introducing premium represents the additional financial burden. This research is theoretical and empirical. General scientific method and content analysis method have been used for analyzing laws and by-laws. Canton decisions have been compared by the comparative method.

The basic method that has been used was the so called desk method, that is, the already existing data have been taken into consideration just to confirm or to deny the established hypotheses of this research.

**Key words:** health insurance, health care, premium/stamps, legal regulation, reform plan.

25) Hrabač, B, Šunje A., Bodnaruk S, Huseinagić S. op, cit. str. 14.