

## Fond zdravstvenog osiguranja RS

INTERVJU

GORAN KLJAJČIN, DIREKTOR FONDA ZDR.

## Na putu smo da obezbijemo



Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske prošle godine nije izvršio rebalans finansijskog plana, čime se mogao izbjeći negativan finansijski rezultat, jer bi to, prema riječima direktora Fonda, Gorana Kljajčina, imalo katastrofalne posljedice po stabilnost zdravstvenog sistema.

- Da smo uradili rebalans, imali bismo Fond bez gubitka, ali bismo istovremeno morali da smanjujemo finansijsku vrijednost ugovora sa zdravstvenim ustanovama za najmanje 30 odsto, što bi dalje vodilo smanjenju plata zaposlenih u zdravstvu za minimalno 15 odsto i vraćanju vremena kada su pacijenti morali sve da kupuju jer u bolnicama nije bilo ni lijekova, sanitetskog ni drugog materijala - istakao je Kljajčin u intervjuu za "Fokus".

**FOKUS: Ekonomska kriza je posebno bila izražena u prošloj godini. Kako se ona odrazila na poslovanje Fonda?**

**KLJAJČIN:** Prošla godina je sigurno bila jedna od najtežih godina u istoriji zdravstva Re-

publike Srpske. Ekonomska kriza se prije svega odrazila na prihod Fonda, koje, kao što je poznato, 99 odsto čine doprinosi za zdravstveno osiguranje. Zbog sve više obveznika koji neredovno uplaćuju doprinose, u prošloj godini smo imali manji prihod za preko 30 miliona KM, a ukupan dug po osnovu neuplaćenog doprinosa premašio je cifru od 150 mi-

stvenog osiguranja. Istovremeno, više je nezaposlenih lica i penzionera, čije je učešće u ukupnom broju osiguranih premašilo 55 odsto, dok je doprinos za njihovo zdravstveno osiguranje u ukupnom prihodu Fonda učestvovao sa svega 14 odsto. S najmanjom stopom doprinosa i s najmanjim ukupnim izdvajanjem iz BDP za zdravstvo u regionu, uz ova-

*Zbog više obveznika koji neredovno uplaćuju doprinose, u prošloj godini smo imali za preko 30 miliona KM manji prihod, a ukupan dug po osnovu neuplaćenog doprinosa premašio je cifru od 150 miliona KM*

liona KM. Kao najozbiljniju posljedicu krize izdvojio bih pogoršanje strukture osiguranika, koje se manifestovalo smanjenjem broja osiguranika u kategoriji zaposlenih, koji izdvajaju najviše i od čijeg učešća zavisi stabilnost finansiranja sistema obaveznog zdrav-

stvenog osiguranika i neredovnu uplatu doprinosa, bili smo zaista u ozbiljnom problemu. Uveli smo rigorozne mjere štednje, kontrolisali smo svaki trošak, što je dalo rezultat, ali, nažalost, nije bilo moguće da izbjegnemo finansijski deficit, jer nije bilo moguće smanjiti broj bolesnih. S prosječnim prihodom po osiguraniku od 172 evra i prosječnim troškom od 192 evra, deficit je bio neminovan i na kraju prošle godine iznosio je oko 54 miliona KM. Koliko god ova cifra izgledala velika, to je najmanja moguća posljedica objektivnih problema s kojim smo bili suočeni i upravo tako je rezultat poslovanja Fonda u prošloj godini ocije-

U februaru je prihod bio manji od plana za čak 37 odsto, međutim od marta, kada su se u punoj mjeri osjetili efekti povećane stope doprinosa, stanje je znatno bolje. Zahvaljujući tome, kao i mjerama na poboljšanje finansijske discipline, od marta je prihod u granicama planiranog, pa čak i iznad toga, kaže Kljajčin

nio Upravni i Nadzorni odbor, te Ministarstvo zdravlja i Vlada RS, koji su svjesni našeg doprinosa očuvanju stabilnosti sistema u tako teškoj poslovnoj godini.

**FOKUS: U kojoj se mjeri problem u vezi sa ostvarenjem planiranog prihoda Fonda odražava na rad zdravstvenih ustanova?**

**KLJAJČIN:** Gotovo 80 odsto prihoda zdravstvenih ustanova čini novac koji dobiju od Fonda po osnovu zaključenih ugovora o pružanju usluga zdravstvene zaštite našim osiguranicima. Iz toga je lako zaključiti da i najmanji poremećaj kod ostvarenja planiranog prihoda u Fond ima uticaj na poslovanje i rad zdravstvenih ustanova. Svjesni te činjenice, mi smo u prošloj godini preuzeli rizik da ne izvršimo rebalans finansijskog plana, jer smo procijenili da bi to imalo katastrofalne posljedice po stabilnost zdravstvenog sistema. Da smo uradili rebalans, imali bismo Fond bez gubitka, ali bismo istovremeno morali da smanjujemo finansijsku vrijednost ugovora sa zdravstvenim ustanovama za najmanje 30 odsto, što bi dalje vodilo smanjenju plata zaposlenih u zdravstvu za minimalno 15 odsto i vraćanju vremena kada su pacijenti morali sve da kupuju jer u bolnicama nije bilo ni lijekova, ni sanitetskog i drugog materijala. Bez obzira na finansijske probleme, naša je odluka bila da ne smanjujemo ugovore sa zdravstvenim ustanovama, a ni prava naših osiguranika. Da bi to bilo moguće obezbijediti u tako lošim finansijskim prilikama, nažalost, morali smo i da se zadužujemo kod komercijalnih banaka, da bismo ispoštovali obaveze koje proizlaze iz ugovora. Međutim, nismo se zaduživali nepromišljeno, jer smo cijele godine s najodgovornijim ljudima u ključnim institucijama tragali za sistemskim rješenjem problema, a jedan od rezultata te aktivnosti jeste i donošenje Zakona o izmjeni i dopuni Zakona o doprinosima, što nas je uvelo u

stabilnije uslove poslovanja.

**FOKUS: Najteža godina je prošla bez tenzija na realaciji Fond - sindikati u zdravstvu. Ne čini li vam se to čudnim s obzirom na ne baš dobre odnose u ranijem periodu?**

**KLJAJČIN:** Već pet-šest godina nema tih tenzija. Unapređenje partnerstva sa zdravstvenim ustanovama, uključujući i sindikate, nešto je čemu sve ove godine dajemo veliki značaj. Rad Fonda potpuno je javan, otvoreni smo za razgovor sa svima, spremni da čujemo i drugo mišljenje. Najvećim napretkom uspostavljanja partnerskih odnosa sa zdravstvenim ustanovama smatram to što je obostrano shvaćeno da su nam problemi zajednički i da ih možemo uspješno rješavati samo ukoliko uvažavamo jedni druge i ukoliko smo svjesni da smo dio jedinstvenog zdravstvenog sistema u kojem svako od nas ima konkretnu ulogu i odgovornost.

**FOKUS: Naveli ste objektivne probleme obezbjeđenja stabilnog finansiranja. Ima li subjektivnih, odnosno postoje li neke mogućnosti u okviru samog sistema?**



## Pozitivne promjene

**FOKUS: Kakva su vam očekivanja do kraja godine?**

**KLJAJČIN:** Očekujem da finansiranje neće biti toliko dominantna tema da ne bude moguće vidjeti ogromne reformске promjene u našem zdravstvenom sistemu. Naime, Ministarstvo zdravlja stvorilo je ambijent u kojem svako od nas može da izrazi punu kreativnost. Uzmite Fond, zaštitnici prava, novi model plaćanja, projekti unapređenja dostupnosti zdravstvene zaštite, i tako dalje, sve su to evropski standardi, o čemu se do prije koju godinu nije ni razmišljalo. Očekujem, dakle, da ćemo nastaviti s ovakvim aktivnostima i time dati svoj doprinos Strategiji razvoja zdravstvenog sistema na najvišim standardima.



ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA REPUBLIKE SRPSKE

# Trudimo se za stabilno finansiranje

## Novi model plaćanja usluga

**FOKUS:** Velika novina u zdravstvu RS jeste i novi model plaćanja bolničkih usluga. Možete li pojašniti taj novi model i njegov eventualni uticaj na stabilnost finansiranja zdravstvenog sistema?

**KLJAJČIN:** U svim bolnicama u RS od 1. aprila ove godine počeo je da se primjenjuje novi model plaćanja usluga, s dominantnim učešćem takozvanog DTS modela, odnosno plaćanja po slučaju. Pored DTS modela, za jedan dio usluga primjenjuje se plaćanje po usluzi, dok je kod manjeg dijela usluga zadržan prethodni, budžetski način plaćanja. Radi se, dakle, o kombinovanom modelu plaćanja, koji je prelazno rješenje do potpune reforme finansiranja sekundarne zdravstvene zaštite, odnosno uvođenja takozvanog DRG modela, što je planirano do kraja 2013. godine.

Najkraće rečeno, suština se može objasniti na sljedeći način: koliko rada, toliko para. Dakle, bolnicama se plaća onoliko koliko su radile, što je mnogo pravednije u odnosu na stari, budžetski model plaćanja. Nov model plaćanja daje nam realnu sliku koliko koja bolnica radi, kao i koliko koji odjel unutar jedne ustanove radi. Novi model plaćanja omogućava i da se precizno evidentiraju i analiziraju uzroci slabijeg rada u pojedinim segmentima, što će nam dati jasnu sliku gdje treba usmjeriti buduće aktivnosti. Ovaj model u krajnjem doprinosi i većem zadovoljstvu pacijenata, jer bolnice nastoje da pružaju što kvalitetnije usluge, s obzirom na to da pacijent ima pravo izbora gdje će se liječiti, a koliko je pacijenata, toliko je i novca.

Što se tiče uticaja novog modela plaćanja na ukupne troškove, za sada je vidljiv efekat pravednije preraspodjele raspoloživog novca između bolnica, jer više nije moguće unaprijed dobiti novac, bez obzira koliko ko radi. Za početak, to je ogroman napredak, a suštinski efekti na ukupne troškove uslijediće po logici stvari, jer novi model plaćanja pretpostavlja veću efikasnost i veću efektivnost u radu bolnica.

**KLJAJČIN:** Na osnovu analiza koje smo radili, smatram da je preko 90 odsto uzroka problema izvan zdravstvenog sistema. Nijedna institucija u zdravstvenom sistemu, pa ni Fond, nema mehanizme da reaguje na to što neko ne uplaćuje doprinos, što pojedini obveznici iz privatnog sektora prikazuju platu koja je jedva veća od minimalne, što su preko polovine osiguranih penzioneri i nezaposleni, što se za neplaćene doprinose duguje preko 150 miliona KM, i drugo. Međutim, ni preostalih deset odsto nije zanemarivo. Naprotiv, smatram da nam angažman na rješavanju problema koji zavise od nas, daje legitimitet da odlučnije tražimo da se u rješavanje problema uključe i drugi. Te unutrašnje rezerve, prije svega, tiču se racionalnosti organizacije i veće odgovornosti u pogledu smanjenja troškova, čemu se može

doprinijeti racionalnim propisivanjem lijekova, efikasnijim liječenjem, smanjenjem upućivanja na nepotrebne dijagnostičke pretrage i tome slično.

**FOKUS:** Prebacivali su vam povećanje broja zaposlenih u administraciji Fonda. Koliko je to uticalo na finansijske probleme?

**KLJAJČIN:** Broj zaposlenih u Fondu nema nikakvog uticaja na povećanje troškova, s obzirom da je limitiran iznos novca koji možemo potrošiti na plate. Taj iznos se ne određuje prema broju zaposlenih, već dozvoljenim procentom učešća u ukupnim troškovima. Prema tome, novo zapošljavanje eventualno može da se odrazi na smanjenje plata, a na ukupna izdvajanja za plate naše administracije nema nikakvog uticaja. Inače, procenat učešća plata zaposlenih u Fondu u ukupnim troškovima iz

godine u godinu se smanjuje i s nekadašnjih pet i po odsto ove godine će biti sveden na oko tri odsto. Što se tiče prijema novih radnika, to je bilo neminovno zbog krajnje loše dobnе strukture zaposlenih.

*Upućivanje na liječenje izvan RS znatno je smanjeno posljednjih godina, gotovo za 50 odsto u odnosu na 2005. godinu, prvenstveno zahvaljujući ulaganju u naše zdravstvene ustanove i edukaciju kadra*

**FOKUS:** Kakva je situacija u ovoj godini, imate li manje finansijskih problema?

**KLJAJČIN:** Prva dva mjeseca su bila obeshrabrujuća. U februaru je prihod bio manji od plana za čak 37 odsto, međutim od marta, kada su se u punoj mjeri osjetili efekti povećane stope doprinosa, stanje je znatno bolje. Zahvaljujući tome, kao i mjerama na poboljšanje finansijske discipline, od marta je prihod u granicama planiranog, pa čak i iznad toga. Nažalost, još nije pokriven deficit prva dva mjeseca, međutim ukoliko se nastavi ovaj pozitivan trend i u narednim mjesecima, a za sada nema razloga da u to sumnjamo, na putu smo da obezbijedimo stabilno finansiranje, koje, u prvom redu, podrazumijeva redovno izmirenje tekućih obaveza Fonda prema zdravstvenim ustanovama i drugim partnerima i postepeno izmirenje dospjelih dugovanja.

Smatram potrebnim da istaknem da su ključne institucije u Republici Srpskoj prepoznale uzroke problema i da su svoje djelovanje fokusirale upravo na uzroke, a ne na posljedice, što optimizam čini realnim.

**FOKUS:** Koliko naši pacijenti odlaze na liječenje izvan RS i koliki su ti troškovi za vas opterećujući?

**KLJAJČIN:** Upućivanje na liječenje izvan RS znatno je smanjeno posljednjih godina, gotovo za 50 odsto u odnosu na 2005. godinu, prvenstveno zahvaljujući ulaganju u naše zdravstvene ustanove i edukaciju kadra. Broj upućenih se, dakle, iz godine u godinu smanjuje. Na primjer, u pet mjeseci ove godine upućeno je za oko 1.150 osiguranika manje u odnosu na isti period prošle godine. Međutim, finansijski efekti smanjenja broja upućenih na liječenje izvan RS nisu veliki, jer su znatno povećane cijene usluga. Konkretno, u 2011. godini prosječan trošak liječenja po jednom osiguraniku iznosi 3.559 KM, a u istom periodu 2010. godine iznosio je 2.025 KM, što znači da je prosječni trošak povećan za više od 70 odsto. I to je, između ostalog, razlog više što smo se

čenja izvan RS za najmanje 20 odsto.

**FOKUS:** Ne možemo da zaobiđemo ni vaše aktivnosti koje se tiču zaštite osiguranika, koje ovdje imaju kontinuitet. Nedavno ste imenovali zaštitnike prava, šta je njihova uloga?

**KLJAJČIN:** U martu ove godine smo usvojili Pravilnik o zaštiti prava osiguranih lica, kojim smo definisali 13 prava. Osnovna prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisana su zakonom, a ovim pravilnikom mi smo zapravo propisali određene standarde kod korišćenja osnovnih prava. Između ostalog, definisali smo pravo na poštovanje vremena osiguranika, pravo na drugo mišljenje, na ljubazno i odnos, na informaciju, i tako dalje. Da bismo obezbijedili da to zaista zaživi u praksi, obrazovali smo posebnu službu i imenovali zaštitnike prava u svakoj opštini. Osnovna uloga zaštitnika jeste da osiguranicima, ali i zdravstvenim radnicima, pomognu da na najjednostavniji način prolaze kroz lavirint propisa i procedura. Oni imaju obavezu da dio radnog vremena provode u zdravstvenim ustanovama i da budu na usluzi osiguranicima na mjestu gdje ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu. Najkraće rečeno, oni su prijateljsko lice koje je spremno da pomogne, pruži informaciju, doprinese prevazilaženju nesporazuma. Analiza prva dva mjeseca rada zaštitnika potvrdila je sva naša očekivanja, jer je prepoznata njihova prava uloga, što je doprinijelo tome da na samom startu budu prihvaćeni i od osiguranika i od zdravstvenih radnika. U narednom periodu nastojaćemo da zadržimo početnu motivaciju i da ulogu zaštitnika još više afirmišemo i približimo korisnicima usluga Fonda i zdravstvenim ustanovama.

**FOKUS:** Spomenuli ste procedure. Da li su sve one neophodne, ima li onih koje nepotrebno otežavaju put pacijentu?

**KLJAJČIN:** Svako administraciji je svojstveno da gomila procedure, ne razmišljajući previše o tome da li svaka od njih ima konkretnu svrhu. I mi smo suočeni s tim problemom, međutim, prepoznali smo ga i riješeni smo da na tom planu uradimo konkretne stvari. Ono što smo do sada uradili nije zanemarivo, naprotiv. Brojne procedure već smo pojednostavili, a uskoro bi trebalo da uklonimo nepotrebne prepreke kod korišćenja zdravstvene zaštite na višim nivoima.

