



Фонд здравственог осигурања  
Републике Српске

## **РЕЗУЛТАТИ ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

**2006-2010. ГОДИНЕ**

Бања Лука, јул 2010. године

## САДРЖАЈ

<b>У В О Д .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ФИНАНСИРАЊЕ - РЕЗУЛТАТИ .....</b>	<b>3</b>
1.1. Приход.....	3
1.2. Средства дозначена здравственим установама .....	3
1.3. Смањење дугова Фонда здравственог осигурања.....	5
1.4. Издајања за финансирање појединих права .....	6
<b>2. ОБУХВАЋЕНОСТ СТАНОВНИШТВА ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ .....</b>	<b>9</b>
<b>3. ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА .....</b>	<b>11</b>
<b>4. ДОСТУПНОСТ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА .....</b>	<b>14</b>
4.1. Пројекти .....	16
4.2. Нове услуге у здравственим установама Српске .....	19
<b>5. СТРУЧНА СЛУЖБА ФОНДА - РЕЗУЛТАТИ.....</b>	<b>22</b>

## У В О Д

---

Обавезно здравствено осигурање је дио укупног здравственог система Републике Српске, који је од 2006. године у процесу интензивних промјена. На почетку овог процеса, у бројним анализама које су претходиле дефинисању пословне политике Фонда здравственог осигурања РС, идентификовано је неколико кључних проблема у области обавезног здравственог осигурања:

- Нестабилни извори финансирања обавезног здравственог осигурања, са високим процентом неусклађености прихода и трошкова;
- Висок проценат неосигураног становништва;
- Висок проценат незадовољства осигураника обимом и садржајем права из обавезног здравственог осигурања, условима лијечења и доступношћу здравствене заштите
- Неједнак положај осигураника у појединим дијеловима Републике
- Недовољна информисаност осигураника о правима и неадекватна доступност информација
- Изражена пракса да су права из обавезног осигурања ограничена територијом коју административно покривају организационе јединице Фонда;
- Висок проценат незадовољства здравствених установа - стратешких партнера Фонда здравственог осигурања, због недовољних финансијских средстава за финансирање услуга које уговарају са Фондом, нередовног дозначавања уговорених средстава, неблаговременог потписивања уговора о пословној сарадњи итд.
- Веома изражена појава да пацијенти купују лијекове, санитарски материјал и др. за вријеме болничког лијечења;
- Готово потпуна искљученост приватног сектора из здравственог система Републике Српске.

Идентификација кључних проблема представљала је основ за дефинисање пословне политике Фонда здравственог осигурања РС, којом је у центар интересовања

постављен осигураник. Код постављања стратешких циљева развоја здравственог осигурања, руководило се циљевима из Економске политике Владе РС, као и стандардима и вриједностима земаља Еврпске уније, уз настојање да се, у оквиру расположивог новца и објективних околности, постигну максимални резултати.

Пословна политика Фонда здравственог осигурања РС дефинисана је у Стратешком плану развоја Фонда до 2012. године у оквиру 5 стратешких циљева:

- 1. Усагласити приходе и трошкове обавезног осигурања**
- 2. Обавезно осигурање учинити доступним свим грађанима**
- 3. Доприносијети развоју квалитетне, ефикасне и доступне здравствене заштите**
- 4. Усавршити принципе уговарања здравствене заштите и увести нове механизме плаћања здравствених услуга**
- 5. Изградити модеран и ефикасан Фонд здравственог осигурања**

Стратешки циљеви су разрађени кроз оперативне циљеве и конкретне активности које су усклађене са визијом која подразумјева задовољног осигураника, задовољног пословног партнера и Фонд међу најефикаснијим јавним институцијама.

Резултати рада Фонда здравственог осигурања у периоду од 2006. до 2010. године, који су представљени овим извјештајем, говоре о томе у којој су мјери превазиђени проблеми из периода прије 2006. године и који су то најзначајнији резултати постигнути у овој области у периоду од 2006. до 2010. године.

Горан Кљајчин, директор Фонда

## 1. ФИНАНСИРАЊЕ - РЕЗУЛТАТИ

---

### 1.1. Приход

Приход Фонда здравственог осигурања РС, којег са преко 99 % чини приход од доприноса за здравствено осигурање, у периоду од 2005. до 2010. године повећан је за 125 %. У просјеку је годишњи раст прихода у овом периоду износио 24 одсто.

Година	Остварени укупни приходи	Ланчани индекс
2005.	215.886.734	-
2006.	331.203.153	153,42
2007.	345.711.148	104,38
2008.	418.359.687	121,01
2009.	487.292.932	116,48

### 1.2. Средства дозначена здравственим установама

За сваку годину Фонд здравственог осигурања потписује уговоре са домовима здравља, болницама и клиничким центрима о пружању услуга здравствене заштите осигураницима Фонда. Сразмјерно повећању прихода, повећан је износ средстава које Фонд уговара и дозначава здравственим установама. Финансијска средства, која је Фонд уговорио са домовима здравља и болницама у 2009. години већа су од уговорених

средстава у 2005. години за 148 %. Иначе, финансијска средства по основу уговора са Фондом, чине преко 80 % укупног прихода здравствених установа.

<b>Година</b>	<b>Укупно уговорена средства са здравственим установама у РС</b>	<b>Ланчани индекс</b>
<b>2005.</b>	122.515.237	-
<b>2006.</b>	134.102.179	109,46
<b>2007.</b>	166.698.162	124,31
<b>2008.</b>	209.494.266	125,67
<b>2009.</b>	304.071.190	145,15

Ево неколико конкретних примјера повећања уговорених средстава по здравственим установама, из којих се види да су поједине здравствене установе, које су биле запостављене у претходном периоду, имале већи раст уговорених средстава:

<b>Здравствена установа</b>	<b>Уговорена средства у 2005. години</b>	<b>Уговорена средства у 2009. години</b>	<b>Индекс</b>
КЦ Бања Лука	22.000.000	62.700.000	285
Општа болница Приједор	6.690.900	12.468.750	186
Општа болница Градишка	4.486.800	8.455.000	188
Општа болница Добој	9.678.700	17.530.350	181
Општа болница Бијељина	6.390.700	13.490.000	211
Општа болница Зворник	4.005.700	8.360.000	209
Општа болница Касиндо	4.110.990	10.937.890	266
Општа болница Фоча	2.302.100	7.569.645	323
Општа болница Требиње	3.478.700	8.075.000	232
Општа болница Невесиње	800.000	1.615.000	202
Дом здравља Пале	1.077.700	2.087.990	194
Дом здравља Рогатица	507.400	1.300.800	256
Дом здравља Бања Лука	8.555.000	18.481.900	216

Повећање средстава, која су здравствене установе добијале од Фонда по основу уговора, позитивно је утицало на њихову ликвидност и на измирење дугова из ранијег периода. У свим здравственим установама у Републици Српској измирена су сва дуговања за плате запослених из претходних година, као и сва дуговања за доприносе и порезе на лична примања запослених.

### 1.3. Смањење дугова Фонда здравственог осигурања

На почетку 2006. године Фонд здравственог осигурања РС је имао огромна дуговања, између осталог и према здравственим установама у Републици Српској, а и према здравственим установама у Србији и другим земљама. Укупан дуг према здравственим установама је износио 65.106.914 КМ, од чега се на здравствене установе у Српској односило 13.422.782 КМ, а на здравствене установе у Србији и другим земљама 51.684.132 КМ.

У периоду од 2006. до 2010. године ова дуговања су значајно смањена:

<b>Здравствене установе (болнице и домови здравља)</b>	<b>Износ дуга на дан 31.12. 2005. године</b>	<b>Износ дуга 31.12.2009. године</b>	<b>Процент смањења дуга</b>
<b>У Републици Српској</b>	13.422.782	7.785.246	42,00 %
<b>У Србији и другим земљама</b>	51.684.132	18.701.652	63,82 %
<b>Укупан дуг</b>	65.106.914	26.486.898	59,32 %

#### 1.4. Издвајања за финансирање појединих права

Раст прихода Фонда здравственог осигурања омогућио је већа издвајања за финансирање права из обавезног здравственог осигурања и проширење обима права. Приоритет је дат оним областима код којих је било евидентно највеће заостајање у односу на друге земље у региону и које су у великој мјери утицале на незадовољство грађана оним што им пружа обавезно здравствено осигурање: лијекови који се издају на рецепт, лијекови за лијечење малигних и других тешких обољења, ортопедска и друга помагала.

Издавања за финансирање наведених права приказана су у табелама које слиједе:

##### Издавања за лијекове на рецепт

Година	Укупна издвојена средства	Ланчани индекс
2005.	24.735.576	-
2006.	26.527.749	107,25
2007.	33.634.921	126,79
2008.	41.950.462	124,72
2009.	52.768.678	125,79

У односу на 2005. годину, укупна издвајања за лијекове који се издају на рецепт повећана су за 113,33 %.



### Издавања за цитостатике

Година	Укупна издвојена средства	Ланчани индекс
2005.	2.958.590	-
2006.	7.079.873	239,30
2007.	11.286.264	159,41
2008.	13.913.730	123,80
2009.	20.825.537	149,70

Издавања за лијекове који се користе за лијечење малигнух обољења у односу на 2005. годину, повећана су за 603,90 %.

### Издавања за лијекове намијењене лијечењу специфичних и ријетких обољења

Година	Укупна издвојена средства	Ланчани индекс
2005.	5.682.259	-
2006.	4.080.569	71,81
2007.	8.083.687	198,10
2008.	9.675.995	119,70
2009.	12.522.233	129,42

Издавања за лијекове намијењене лијечењу специфичних обољења (мултипла склероза, хепатитиц Ц и Б, сида, хемофилија, цистична фиброза и др.) повећана су у односу на 2005. годину за 120,37 %.

### Издавања за ортопедска и друга помагала

Година	Укупна издвојена средства	Ланчани индекс
2005.	3.813.176	-
2006.	4.992.152	130,92
2007.	8.968.450	179,65
2008.	13.337.618	148,72
2009.	9.214.355	69,09

Издавања за ортопедска и друга помагала повећана су у односу на 2005. годину за 241,65 %.

## 2. ОБУХВАЋЕНОСТ СТАНОВНИШТВА ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ

---

На крају 2005. године право на овјерену здравствену књижицу у Републици Српској је имало укупно 804.885 грађана. У односу на процијењени укупан број становника (1.436.000), проценат осигураних лица за које је уплаћен допринос за здравствено осигурање износио је 56 %. Почетком 2010. године здравствену књижицу могло је да овјери 1.025.000 грађана, или 71,40 % у односу на процијењени укупан број становника. Повећање броја осигураних грађана по годинама, приказан је у табели:

Година	Процијењени број становника	Број осигураних лица за која је уплаћен допринос	Процент неосигураног становништва
2005.	1.436.000	804.885	44 %
2006.	1.436.000	810.007	43,5 %
2007.	1.436.000	943.375	34,3 %
2008.	1.436.000	963.552	32,9 %
2009.	1.436.000	1.025.518	28,6 %

Имајући у виду непоузданост података о броју становника, треба поменути и број неосигураног становништва у односу на укупан број регистрованих грађана за тимове породичне медицине. Према подацима из јануара 2010. године укупно је регистровано 1.052.518 грађана, међу којима је само 27.000 оних који нису осигурани, односно за које се не уплаћује допринос. На основу овог податка може се процијенити да је проценат неосигураног становништва мањи од оног приказаног у табели. Међутим, егзатан је податак о повећању броја осигураних грађана. Посматрано у апсолутном износу, број

осигураних грађана (за које је уплаћен допринос), према подацима од 31.12.2009. године, повећан је за 220.633 у односу на податак из децембра 2005. године. У вези с овим подацима треба истаћи да је код трију категорија становништва постигнута сто одстотна покривеност обавезним здравственим осигурањем: дјеца до 15 година, лица преко 65 година, труднице и породиље до навршене прве године живота дјетета.

### 3. ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Обавезним здравственим осигурањем обухваћене су двије врсте права: право на здравствену заштиту и право на накнаду плате за вријеме боловања. У анализама, које су рађене почетком 2006. године, констатован је висок проценат незадовољства грађана обавезним здравственим осигурањем, а доминантно питање гласило је: «Чему служи здравствена књижица када све морамо да плаћамо»?

Највеће незадовољство грађана у вези с обимом и садржајем права из обавезног здравственог осигурања, односило се на број љекова које могу да добију на рецепт; праксу да за вријеме болничког лијечења морају да купују властитим новцем љекове и санитарски материјал; непокривеност обавезним здравственим осигурањем скупих лијекова намијењених лијечењу тешких хроничних обољења и ријетких болести. На основу урађених анализа о ставовима грађана Фонд је акционим планом утврдио приоритете чијом ће се реализацијом утицати на побољшање задовољства осигураника и на јачање повјерења у здравствени систем, а у оквиру њега и у систем обавезног здравственог осигурања.

У периоду од 2006. године права из обавезног здравственог осигурања су значајно проширена, а најважнији резултати се односе на сљедеће:

Област	Стање 2005.	Стање 2010.
<b>Лијекови на рецепт</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- На листи лијекова се налази 350 лијекова</li><li>- Партиципација за лијекове са основне листе износи од 10 до 50 % од цијене лијека;</li><li>- Лијекови се могу подићи само у јавним апотекама и само у мјесту пребивалишта</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- На листи лијекова се налази преко 800 лијекова</li><li>- Партиципација за лијекове са основне листе износи само 10 %;</li><li>- Лијекови се могу подићи и у јавним и у приватним апотекама у било ком мјесту у РС;</li></ul>
<b>Цитостатици – лијекови за лијечење малигних обољења</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Болнице нису снабдјевене цитостатицима, па осигураници купују ове љекове (терапија за поједине врсте тумора кошта преко 30.000 КМ)</li><li>- Листом цитостатика нису обухваћени љекови за све врсте малигних тумора;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Централизованом снабдјевање болница цитостатицима; болнице у континуитету имају љекове, па их пацијенти више не купују;</li><li>- Листом цитостатика обухваћени љекови за све врсте тумора;</li></ul>

Област	Стање 2005.	Стање 2010.
<b>Мултипла склероза</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- скуп лијек за лијечење ове болести није заступљен у правима из здравственог осигурања; Фонд рефундира трошкове само за мали број пацијената који су одређени као приоритети;</li> <li>- обољели од мултипле склерозе немају право на бањску рехабилитацију;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд финансира лијек за све обољеле; нема листе чекања; пацијенти без плаћања добијају терапију у болници;</li> <li>- Потписан уговор са бањом «Горња Трепча», која је специјализована за рехабилитацију обољелих од мултипле склерозе;</li> </ul>
<b>Хепатитис Ц</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- скуп лијек за лијечење ове болести није у пакету права из обавезног здравственог осигурања;</li> <li>- За годишњу терапију пацијенти плаћају преко 20.000 КМ</li> <li>- осигураници обољели од ове болести нису ослобођени плаћања партиципације;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд финансира набавку лијека за све обољеле осигуранике;</li> <li>- Трошкове лијечења Фонд финансира 100%;</li> <li>- Обољели од хепатитиса Ц ослобођени плаћања партиципације код лијечења ове болести;</li> </ul>
<b>Хемофилија</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд финансира фактор коагулације 8 и 9;</li> <li>- обољели могу да добију лијек само у КЦ Бања Лука;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- У пакет права уведен и рекомбиновани фактор коагулације 7;</li> <li>- Лијек је доступан у апотекама у мјесту пребивалишта пацијената, чиме је обезбијеђена његова правовремена примјена, а пацијенти не морају да путују у Б. Луку</li> </ul>
<b>Дијабетес</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд финансира инсулин за обољеле од дијабетеса тип 1 и оралне љекове за дијабетес тип 2;</li> <li>- Инсулин овисни осигураници имају право на одређену количину тракица за мјерење нивоа шећера у крви и у урину;</li> <li>- Инсулин овисни осигураници не плаћају партиципацију;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд и даље финансира инсулин и љекове за дијабетес;</li> <li>- повећана количина тракица за мјерење нивоа шећера; ово право је уведено и за дијабетес тип 2; већини обољелих обезбијеђен и бесплатан апарат за мјерење нивоа шећера; у пакет права уврштена и инсулинска пумпа;</li> <li>- Партиципацију не плаћају ни обољели од дијабетеса тип 2; партиципација се не плаћа ни код лијечења компликација дијабетеса;</li> </ul>

Област	Стање 2005.	Стање 2010.
<b>Лијекови за лијечење ријетких и специфичних болести</b>	- Пакетом права из обавезног осигурања обухваћени лијекови које узимају пацијенти са трансплантираним органима и хормон раста	- поред постојећих лијекова, уведено и право на лијекове за лијечење целијакеије, фенилкетонурије, цистичне фиброзе; - Здравствено осигурање покрива трошкове скувих лијекова и код других ријетких болести (мјесечна терапија за поједине болести кошта и до неколико хиљада КМ)
<b>Болнички лијекови и лијекови које обавезно морају да имају домови здравља</b>	- Пакетом права из здравственог осигурања обухваћени су лијекови са болничке листе и листе домова здравља; Здравствене установе, у правилу немају ове лијекове па их пацијенти купују властитим новцем;	- Организовано централизовано снабдјевање здравствених установа лијековима и другим стратешким материјалом путем јавних набавки; - Здравствене установе константно имају све лијекове, а појава да пацијенти купују лијекове сведена на ријетке изузетке; - Повећан је број заступљених лијекова на листама
<b>Вантјелесна оплодња</b>	- Лијечење стерилитета методом асистираних оплодње није у пакету права из обавезног осигурања;	- Фонд финансира једну комплетну процедуру вантјелесне оплодње (преко 6.000 КМ); - од 2006. до маја 2010. године финансирана вантјелесна оплодња код 736 брачних парова; - методом асистираних оплодње, која је рађена у Б.Луци, рођено 26 беба
<b>Партиципација – лично учешће осигураних лица у трошковима лијечења</b>	- Постоји више основа за ослобађање осигураних лица обавезе да партиципирају у трошковима здравствене заштите; - Бројна хронична обољења нису опснор за ослобађање од партиципације; - Вишеструки добровољни даваоци крви не плаћају партиципацију само под условом да од посљедњег давања није прошло више од године дана;	- Проширени основи за ослобађање од партиципације; Ове обавезе су ослобођени и: дјеца са менталном ретардацијом; обољели од хепатитиса Ц, целијакије, фенилкетонурије, дијабетеса тип 2, пацијенти са компликацијама дијабетеса; пензионери с најнижом пензијом; - уведено право да се партиципација не плаћа за лијечење на одјелима интензивне његе; смањен проценат партиципације; - вишеструки добровољни даваоци крви доживотно ослобођени партиципације;

## 4. ДОСТУПНОСТ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Побољшање доступности права из обавезног здравственог осигурања је међу приоритетима Фонда здравственог осигурања у периоду од 2006. године. На побољшање доступности, прије свега, утицало се уклањањем административних баријера и унапређењем информисаности осигураника о њиховим правима, те реализацијом пројеката којима је циљ било побољшање доступности здравствене заштите. Уз то, уведен је и институт заштите права осигураника, а у ту сврху у Фонду је организован и посебан сектор.

Најзначајнији резултати на побољшању доступности права, уз компарацију са стањем из претходног периода, дати су у прегледу који слиједи:

Област	Стање до 2006.	Стање у периоду 2006/2010
<b>Остваривање права на цијелом простору Републике Српске</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Остваривање права ограничено само на мјесто пребивалишта;</li> <li>- осигураник не може да подигне лијек у апотеци изван пребивалишта;</li> <li>- уколико носилац осигурања ради изван мјеста пребивалишта, чланови породице могу да се лијече само у мјесту гдје осигураник ради;</li> <li>- здравствена књижица се овјерава само у мјесту пребивалишта;</li> <li>- студенти, који студирају изван мјеста пребивалишта, не могу да користе здравствену књижицу у мјесту студирања;</li> <li>- не постоји право на избор доктора и здравствене установе;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Осигурана лица имају право на избор доктора и здравствене установе и изван мјеста пребивалишта;</li> <li>- Лијек се може подићи у било којој апотеци са којом Фонд има уговор;</li> <li>- Здравствена књижица се може овјерити у било којој пословници Фонда;</li> <li>- Ученицима, студентима и лицима која дуже бораве изван мјеста пребивалишта омогућено коришћење здравствене заштите и у привременом боравишту;</li> <li>- поједностављена процедура остваривања права;</li> </ul>



Област	Стање до 2006.	Стање у периоду 2006/2010
<b>Здравствена заштита у општинама које немају болницу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Осигураници, који живе у општинама које немају болницу, су у неравноправном положају јер имају додатне трошкове путовања, а због удаљености од болнице често се одлучују да плаћају комерцијалну цијену специјалистичких прегледа у приватним здравственим установама и код хонорарно ангажованих специјалиста у домовима здравља (преглед плаћају од 20-30 КМ);</li> <li>- Преко 50 % осигураних лица плаћа комерцијалну цијену специјалистичких прегледа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- На нов начин организована специјалистичка здравствена заштита (укључене и приватне здравствене установе; организоване посјете специјалиста домовима здравља; удаљеност специјалисте ограничена на 30 километара; ограничено вријеме чекања на преглед; за специјалистички преглед осигураници плаћају само партиципацију у износу од 3 КМ, а они који су ослобођени партиципације, не плаћају ништа);</li> </ul>
<b>Лабораторијска дијагностика у дому здравља</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- У дому здравља је могуће уз овјерену књижицу урадити само неколико основних лабораторијских претрага; за остале претраге се плаћа пуна цијена, или се путује у болницу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- У дому здравља се уз овјерену књижицу могу да ураде све биохемијске лабораторијске претраге; уз овјерену књижицу плаћа се само партиципација, а осигураници ослобођени те обавезе, не плаћају ништа; нема потребе да се путује у болницу јер се већина претрага ради на једном мјесту – у дому здравља</li> </ul>
<b>Здравствена заштита изван Републике Српске</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Пацијенти сами заказују пријем у болницу;</li> <li>- Због административних баријера често су принуђени да се више пута враћају у Републику Српску да би исправили административне погрешке на упутницама за лијечење;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд организовао сервисну службу за потребе ових пацијената; служба заказује пријем у болницу и пацијентима рјешава евентуалне административне проблеме;</li> <li>- Уведен инфо телефон за осигуранике који се лијече изван РС;</li> <li>- пацијентима омогућено да бирају болницу у којој желе да се лијече изван РС;</li> </ul>
<b>Здравствена заштита у приватним здравственим установама</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд нема уговор са приватним ординацијама и пацијенти плаћају пуну цијену услуге;</li> <li>- Са приватним апотекама потписује се уговор само у случају да на неком подручју нема јавне установе;</li> <li>- Фонд има уговор само са 2 приватне установе које пружају услуге здравствене заштите и са 5 апотека;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фонд има уговоре са 12 приватних специјалистичких ординација које пружају услуге које се не раде у јавном сектору;</li> <li>- Осигураницима доступне услуге у преко 50 специјалистичких ординација из 12 области консултативно-специјалистичке здр. заштите;</li> <li>- Потписан уговор са преко 150 приватних апотека</li> <li>- Фонд има уговор са 70 приватних установа које пружају услуге здравствене заштите</li> </ul>

Област	Стање до 2006.	Стање у периоду 2006/2010
<p><b>Информације о правима</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Осигураници недовољно познају права из здравственог осигурања;</li> <li>- Лоша доступност информација; нема организованог информисања осигураника;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- урађени водичи кроз права из здравственог осигурања;</li> <li>- о свим промјенама осигураници информисани путем информативних летака који им се дијеле приликом овјеравања здравствене књижице;</li> <li>- уведена 3 инфо телефона од којих је један доступан од 07 до 21 час сваким даном;</li> <li>- организовано непосредно информисање о правима на састанцима са удружењима грађана;</li> <li>- проводе се свакодневне анкете са пацијентима</li> <li>- информације из обавезног здравственог осигурања у просјеку су сваког другог дана заступљене у водећим медијима у Републици Српској;</li> </ul>

#### 4.1. Пројекти

Побољшању доступности здравствене заштите допринијели су и конкретни пројекти које је финансирао, односно које финансира Фонд здравственог осигурања:

- **Пројекат превенције и раног откривања карцинома дојке** (пројектом обухваћена комплетна популација жена од 40 до 65 година живота и све ризичне групе; бесплатни мамографски прегледи организовани широм Републике); до краја 2009. године организован је бесплатан преглед за преко 27.000 жена ризичних група широм РС; жена са откривеним злоћудним промјенама одмах су упућене на лијечење;
- **Пројекат скрининга грлића материце** (обухваћена комплетна популација жена од 25 до 50 година живота); од јуна 2009. године, када је почела имплементација пројекта, на ХПВ вирус, који је најчешћи узрочник рака грлића материце, тестирано је преко 1.500 жена;
- **Пројекат скрининга карцинома дебелог цријева** (превенција болести и откривање у раној фази; обухваћена популација од 150.000 људи); имплементација пројекта је започела у јануару 2010. године; тестирање на окултно крварење, које може да упути на малигне промјене, обављено је код преко 10.000 грађана;
- **Побољшање квалитета и ефеката лијечења акутног инфаркта миокарда** (готово сви домови здравља су снабђени опремом за брзу дијагностику инфаркта и неопходним лијековима; извршена је обука особља службе хитне медицинске помоћи; циљ пројекта смањење смртности од инфаркта до транспорта у болницу и једнака доступност квалитетног лијечења за све становништво);
- **Пројекат побољшања доступности и квалитета терцијарне здравствене заштите** (ангажовање еминентних стручњака из иностранства у здравственим установама у Републици Српској; ефекти пројекта: пацијенти не морају да иду у иностранство; обука домаћег особља за најсложеније процедуре лијечења; на овај начин до сада је обезбијеђено да се у нашим здравственим установама раде сложени хируршки захвати у областима офталмологије, ортопедије, васкуларне хирургије итд.)
- **Пројекат побољшања доступности консултативно-специјалистичке здравствене заштите у 12 области** (равноправно укључивање приватне праксе – укључено преко 40 приватних установа и преко 20 специјалиста који ће ускоро регистровати приватну праксу; смањење дужине чекања на специјалистичке прегледе; организовање посјета специјалиста у домовима здравља; удаљеност специјалисте од пацијента смањена на максимално 30 километара; сваки породични доктор именом и презименом зна своје консултанте из 12 специјалистичких области);

- **Унапређење квалитета хитне медицинске помоћи у 15 домова здравља који се налазе у неразвијеним општинама** (обука особља и опремање служби хитне медицинске помоћи; циљ пројекта: једнак стандард услуге за све становништво; смањење смртних исхода код критично обољелих и витално угрожених пацијената);
- **Пројекат побољшања доступности дијагностике – магнетна резонанса, ЦТ, мамографија и др.** (централна листа упућених пацијената која омогућава да пацијент буде упућен у установу у којој ће најбрже обавити преглед; веће укључивање приватне праксе; циљ: скраћење дужине чекања на наведене дијагностичке процедуре и подизање квалитета услуге);
- **Пројекат уклањања административних баријера** (ефекти: поједностављење процедура за остваривање права из обавезног здравственог осигурања; до сада су поједностављене процедуре упућивања на лијечење изван РС, упућивања у здравствене установе у РС, остваривања права на здравствену заштиту изван мјеста пребивалишта итд).
- **Пројекат контроле и управљања трошковима** (циљ: обезбиједити континуитет финансирања права из обавезног здравственог осигурања и усклађеност прихода и трошкова; ефекти: остварено смањење трошкова за лијечење изван РС, ортопедска помагала, финансирање стручне службе Фонда);

Фонд здравственог осигурања учествује и у реализацији пројеката које води Министарство здравља и социјалне заштите, међу којима посебно треба истаћи пројекат увођења менаџмента и система квалитета у здравствене установе РС, од чије се реализације очекује ефикаснија организација и руковођење јавним здравственим установама, оптимализација трошкова у здравству и побољшање квалитета здравствене услуге. Један од резултата овог пројекта је стандардизација здравствене његе и постизање веће сигурности за пацијенте.

Фонд учествује и у реализацији стратешких инвестиција у здравству, међу којима су посебно значајне следеће:

- **Изградња хемодијализних центара примјеном модела јавно-приватног партнерства** (поред постојећих центара у Бањој Луци и Бијелини, у овом периоду су изграђени и центри у Лакташима, Добоју, Шамцу, Зворнику, И. Сарајеву, а ускоро ће бити изграђен и хемодијализни центар у Приједору; сви центри су

изграђени новцем приватног партнера; ефекти: европски стандард услуге, продужен животни вијек болесника);

- **Изградња центра за радиотерапију** ( инвестиција се, такође, реализује по моделу јавно-приватног партнерства; ефекти: укидање потребе да се пацијенти упућују у иностранство; скраћење дужине чекања на преглед; мањи трошкови – за 6,5 % нижа цијена него у Србији, а за 29 % него у Хрватској).

## 4.2. Нове услуге у здравственим установама Српске

Једна од карактеристика здравственог система у Републици Српској до 2006. године био је висок степен зависности о здравственим установама у иностранству. Сваке године Фонд здравственог осигурања је практично финансирао још један клинички центар изван Републике Српске. Због високих трошкова за лијечење пацијената у иностранству и тенденције њиховог раста услед значајног повећања цијене лијечења и броја обољелих, те трошкова којима су били изложени осигураници који су морали да се лијече изван РС, оспособљавање домаћих болница за пружање сложених терапијских и дијагностичких процедура је уврштено међу стратешке циљеве развоја здравственог система, а у оквиру њега и здравственог осигурања. Реализацијом конкретних активности, као што су едукација љекара и осталог медицинског особља, набавка савремене опреме и ангажовање врхунских стручњака у домаћим болницама, и у овом сегменту су остварени значајни резултати, како у погледу смањења броја случајева који су лијечени изван РС, тако и у броју нових услуга које су уведене у болницама Републике Српске.

**Број упућених случајева на лијечење изван РС**

<b>Година</b>	<b>Број упућених случајева</b>	<b>Индекс броја упућених случајева у односу на 2005. годину</b>
<b>2005.</b>	<b>22.141</b>	<b>100,00</b>
<b>2006.</b>	<b>18.466</b>	<b>83,40</b>
<b>2007.</b>	<b>18.144</b>	<b>81,95</b>
<b>2008.</b>	<b>12.073</b>	<b>54,53</b>

<b>2009.</b>	<b>10.672</b>	<b>48,20</b>
--------------	---------------	--------------

Број упућених случајева на лијечење изван Републике Српске у 2009. години, у односу на 2005. годину смањен је за 52 %.

Поред организовања јединствене љекарске комисије за одобравање лијечења изван Републике Српске, на овако видно смањење броја упућених случајева утицао је и велики број нових услуга у здравственим установама РС. У периоду од 2005. године усвојене су 43 нове услуге за које су се раније пацијенти упућивали у иностранство:

1. Хипербарична комора

2. Уродинамичка анализа

**Офталмологија:**

3. Ласерски третман ока,

4. Фазоемулзификација

5. Витроктомија

6. Компјутеризовано видно поље

7. Ултразвук ока

8. Индиректна офталмоскопија

9. Флуаросцеинска ангиографија

10. Вађење силиконског уља

11. Операција на мрежњачи и судовњачи

12. Пахиметрија

13. Тотална реконструкција доњег капка (SOOF лифт + ротациони режањ + трансплантат мукозе и др.)

**Гинекологија:**

14. Лапароскопија у дијагностичке сврхе

15. Вантјелесна оплодња

16. Рана амниоцентеза

**Нуклеарна медицина:**

17. Сцинтимамографија

18. Сцинтиграфија сентинеалног лимфног чвора,

19. Сцинтиграфија цијелог тијела са супрофлорксациом

**Онкологија:**

20. иглена пункција дојке под контролом УЗ
21. Core byorsi дојке под контролом ултразвука

**Патологија:**

22. Допунско имунохистохемијско бојење

**Дерматовенерологија:**

23. Имунотерапија

**Кардиологија:**

24. Селективна лијева и десна коронарографија
25. Балон дилатација коронарне артерије РТС
26. Уградња стента

**Микробиолошка лабораторија:**

27. PCR – Хепатитис С вирус (HBV)- квантитативно
28. Хепатитис С вирус (HCV) – квалитативно
29. PCR – Хепатитис С вирус (HCV) – квантитативно
30. PCR – Хепатитис С вирус (HCV) – одређивање генотипа
31. PCR – HIV – квантитативно

**Хемодијализа:**

32. Хемодијафилтрација

**Васкуларна хирургија:**

33. Операција анеуризме абдоминалне аорте
34. Операција анеуризме илиачних артерија са графтом
35. Аортобифеморални by-pass
36. Реконструкција реналних артерија
37. By – pass femoro-poplietalis i by-pass iliacofemoralis
38. Каротидна ендартеректомоја
39. By – pass каротидне и поткључне артерије

**Ортопедија и трауматологија:**

40. Артроскопска хирургија
41. Артроскопска дијагностика кољена
42. Артроскопска реконструкција ротаторне манжете
43. Реконструкција задњег укрштеног лигамента

Изградњом центра за радиотерапију, потреба упућивања пацијената на лијечење изван РС биће још значајније смањена, с обзиром да на операције на срцу и радиотерапију отпада преко половине укупног броја упућених. Изградњом овог центра, побољшаће се доступност радиотерапије, а вријеме чекања смањити на оптимално, што је од пресудног значаја за ефекте лијечења радиотерапијом.

## **5. СТРУЧНА СЛУЖБА ФОНДА - РЕЗУЛТАТИ**

---

- Нова организација Фонда, која омогућава: функционисање Фонда као јединствене институције; једнакост свих осигураних лица код коришћења права; ефикасније остваривање права; ефикасније управљање и контролу свих процеса рада; новом



организацијом Фонда здравственог осигурања створене су претпоставке за отклањање препрека које су онемогућавале једнакост осигураних лица код остваривања права из здравственог осигурања и потпуну примјену начела солидарности и узајамности;

- Уведене четири нове функције: **функција контроле** (контрола уговора; контрола трошкова; контрола права осигураника); **функција интерне ревизије** (ревизија свих процеса рада у Фонду, посебно у области књиговодства и рачуноводства); **функција јавних набавки** (јавне набавке којим се обезбјеђује централизовано снабдјевање здравствених установа лијековима и стратешким материјалом; Фонд оспособљен за провођење компликоване процедуре јавних набавки; о квалитету рада говори податак да у току 2009. године Канцеларија за жалбе није усвојила ни једну жалбу учесника у јавним набавкама); **развојна функција** (формиран Сектор за развој здравственог осигурања који се бави стратешким планирањем; проучавањем праксе других земаља, укључујући и земље чланице ЕУ; развојем људских ресурса у Фонду);
- Побољшање квалификационе и старосне структуре запослених у стручној служби Фонда (за око 50 % повећан број запослених са мање од 10 година радног стажа; запослени радници са мање од 20 година радног стажа учествују у укупном броју запослених са 48 %; преко 30 % запослених имају високу школску спрему);
- Технолошко унапређење пословног информационог система развојем on line концепта рада и увођењем нових, WEB оријентисаних алата; обезбијеђен флексибилан приступ пословном информационом систему без географских ограничења; У 2009. години израђен је системски алат као подршка стратешком одлучивању (Business Intelligence BI) са 9 Data Martova (складишта података), којим је генерисана база података из свих области релевантних за пословање Фонда;
- Инсталиран комуникациони видео сервис (видеоконференција), чиме је обезбијеђено ефикасније управљање пословима и бржа размјена информација; престала је потреба доласка у Бањалуку чиме се утицало и на смањење трошкова;

- Унапређењем информационог система и усвајањем методологије контроле трошкова постигнута потпуна усклађеност прихода и расхода и континуирано финансирање права из обавезног здравственог осигурања; остварено смањење појединих трошкова (трошкови стручне службе Фонда; лијечење изван РС; ортопедска помагала);
- Организована континуирана обука запослених из енглеског језика;
- Реализован пројекат обуке из културе пословне комуникације; анкете са корисницима услуга Фонда здравственог осигурања, показују да преко 50 % корисника сматра да је администрација у Фонду љубазнија него у другим јавним установама;
- Покренуто интерно електронско гласило којим је унапређено информисање запослених у Фонду;
- Започела активност непосредне комуникације са корисницима услуга Фонда здравственог осигурања; у 2009. години одржани су састанци са више од половине општинских удружења пензионера, са борачким удружењима, удружењима инвалида, удружењима љекара и медицинских техничара; с циљм унапређења комуникације с невладиним сектором Фонд је увео посебан инфо телефон и образовао сервисну службу за контакте с невладиним сектором;
- Средином 2007. године је организована кампања упознавања грађана с правима из обавезног здравственог осигурања; штампани су водичи кроз права; о свим промјенама у вези с правима корисници су благовремено обавијештени путем информативних летака који су доступни на свим шалтерима пословница Фонда;
- Унапређени су односи с јавношћу; донесени су општи акти којима је уређена процедура приступа информацијама у складу са Законом о слободи приступа информацијама; образована је служба за односе с јавношћу; готово сваког другог дана у водећим писаним и електронским медијима заступљене су информације из Фонда; подносиоци захтјева за приступ информацијама у надлежности Фонда у

преко 70 % случајева одговор су добили истог дана када су и тражили информацију.

**Побољшање у обавезном здравственом осигурању је евидентно у свим сегментима. То је било могуће постићи само на један начин – уважавањем наших осигураника и пословних партнера. За све што је у овој области постигнуто у овом периоду, поред Владе РС и Министарства здравља, заслужна су бројна удружења грађана с којима је Фонд сарађивао, а нарочито удружења љекара и медицинских техничара.**