

ИЗВЈЕШТАЈ

о резултатима реализације препорука Свјетске банке

Бања Лука, март 2012.

СКРАЋЕНИЦЕ И АКРОНИМИ

ФЗО РС	Фонд здравственог осигурања Републике Српске
МЗСЗ РС	Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске
СБ	Свјетска банка
РС	Република Српска
КМ	Конвертибилна марка
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
КСЗ	Консултативно-специјалистичка здравствена заштита
ТПМ	Тим породичне медицине
МР	Магнетна резонанса
КТ	Компјутеризована томографија
ДТС	Дијагностичко-терапијски случај (синоним за DRG)
DRG	Дијагностичко-терапијски случај (група сличних дијагноза)
ЈПП	Јавно-приватно партнерство
НВО	Невладине организације

Садржај

РЕЗИМЕ ИЗВЈЕШТАЈА.....	1
ПОГЛАВЉЕ 1: ФИНАНСИРАЊЕ.....	3
1.1. Оцјене и препоруке Свјетске банке	3
1.2. Анализа садашњег стања у РС.....	3
1.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?	5
ПОГЛАВЉЕ 2: ДУГ ФЗО РС	7
2.1. Мишљење Свјетске банке	7
2.2. Анализа садашњег стања	7
2.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке	7
ПОГЛАВЉЕ 3: СМАЊЕЊЕ И АЛОКАЦИЈА ТРОШКОВА.....	9
3.1. Мишљење Свјетске банке	9
3.2. Анализа садашњег стања	9
3.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?	10
ПОГЛАВЉЕ 4: ПРИВАТНИ РАСХОДИ	14
4.1. Мишљење Свјетске банке	14
4.2. Анализа садашњег стања	14
4.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?	15
ПОГЛАВЉЕ 5: ПОВЕЋАЊЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ПЗЗ	17
5.1. Мишљење Свјетске банке	17
5.2. Анализа садашњег стања	17
5.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?	18
ПОГЛАВЉЕ 6: РЕФОРМА БОЛНИЧКОГ СЕКТОРА.....	20
6.1. Мишљење Свјетске банке	20
6.2. Анализа садашњег стања	20
6.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке	20
ПОГЛАВЉЕ 7: УКЉУЧЕНОСТ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА	22
7.1. Мишљење Свјетске банке	22
7.2. Анализа садашњег стања	22
7.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке	22
ПОГЛАВЉЕ 8: ЈАВНЕ НАБАВКЕ	24
8.1. Мишљење Свјетске банке:	24
8.2. Анализа садашњег стања:	24
8.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке	24
ПОГЛАВЉЕ 9: РЕЗУЛТАТИ И ИЗАЗОВИ.....	26
9.1. РЕЗУЛТАТИ:	26
9.2. ИЗАЗОВИ:.....	27

Табеле

Табела 1. Структура прихода ФЗО РС	3
Табела 2. Структура осигурања у 2011. и почетком 2012. године.....	4
Табела 3. Упоредни подаци о основицама и стопама доприноса за незапослена лица и пензионере	4
Табела 4. Приједлог нових извора финансирања.....	5
Табела 5. Приједлог корекција постојећих основица и стопа доприноса.....	6
Табела 6. Обавезе и потраживања ФЗО РС	7
Табела 7. Стопа раста расхода ФЗО РС	9
Табела 8. Структура расхода здравствене заштите у 2011. години.....	9
Табела 9. Упоредни подаци структуре трошкова	10
Табела 10. Трошкови лијечења изван РС.....	10
Табела 11. Упоредни подаци о дужини лежања у болницама РС	20

Слике

Слика 1. Стопа раста расхода у односу на претходну годину	11
Слика 2. Алокација трошкова	11
Слика 3. Учешће трошкова лијечења изван РС у укупним трошковима.....	12
Слика 4. Број прегледа по доктору на нивоу ПЗЗ	19
Слика 5. Просјечан број дана лежања у болници	21

РЕЗИМЕ ИЗВЈЕШТАЈА

Свјетска банка је у фебруару ове године објавила извјештај «Изазови и препоруке за реформе» у БиХ, у коме је једно поглавље посвећено здравству. У извјештају Свјетске банке издвојени су главни проблеми у здравственом сектору и дате препоруке за њихово превазилажење.

У 2012. години се завршава средњорочни период за који је донесен Стратешки план развоја Фонда здравственог осигурања Републике Српске (ФЗО РС). Објективна анализа резултата реализације средњорочног плана развоја ФЗО РС има кључни значај за израду средњорочног плана ове институције за наредни петогодишњи период.

При идентификовању проблема и слабих тачака треба се фокусирати на податке и препоруке из документа Свјетске банке. Препоруке Свјетске банке су корисне код дефинисања стратешких циљева развоја ФЗО РС за период 2013-2018., а треба их имати у виду и код реализовања пословне политике за 2012. годину, како би била створена боља основа за наредни средњорочни период рада и развоја.

Анализа реализације досадашњих препорука Свјетске банке је од изузетног значаја и томе је посвећен овај извјештај. Анализа је фокусирана на постигнуте резултате и постојеће проблеме. Код разматрања проблема тежиште је дато анализи узрока и конкретним могућностима за њихово рјешавање (оквирне смјернице).

Овај извјештај је организован у осам поглавља, при чему је прво поглавље посвећено финансирању обавезног здравственог осигурања, што представља највећи изазов за ФЗО РС. Постојеће стање финансирања обавезног здравственог осигурања посматрано је у контексту препоруке Свјетске банке да се иде на већи степен удруживања ризика, односно на смањење оптерећења код категорије запослених. У вези с тим у овом поглављу су приказани подаци о структури извора прихода ФЗО РС, као и активности које су предузете на реализацији препоруке Свјетске банке.

Друго поглавље је посвећено дуговима ФЗО РС за које се у извјештају Свјетске банке каже да су достигли алармантан ниво. Приказани су подаци који се односе на период од 2009. до 2012. године и узроци који су утицали на дугове. У овом поглављу су дати и подаци о дуговима према ФЗО РС и о мјерама које су у овом периоду предузете на побољшању финансијске дисциплине.

Треће поглавље је посвећено активностима које су усмјерене на смањење трошкова обавезног здравственог осигурања. У вези с тим, приказани су подаци који говоре о резултатима на смањењу трошкова за лијекове, медицинска помагала, лијечење у иностранству, као и резултати на алокацији трошкова са скупљих на јефтиније нивое здравствене заштите.

Четврто поглавље је посвећено активностима и резултатима у вези са смањењем потребе да становништво плаћа здравствену заштиту из властитог џепа. Приказани су подаци који говоре о главним идентификованим узроцима плаћања из

властитог цепа становништва у Републици Српској (РС) и активностима које су реализоване да би ти узроци били елиминисани или ублажени.

Пето поглавље је посвећено активностима које су усмјерене на повећање продуктивности примарне здравствене заштите (ПЗЗ) и превенције болести. У вези с овим, приказане су активности које су усмјерене на подршку стратешком циљу да ПЗЗ ријеша већину здравствених потреба становништва, као и досадашње активности које су усмјерене на јачање превенције.

У шестом поглављу се говори о досадашњим резултатима реформе финансирања болничког сектора. У оквиру овог поглавља приказане су информације које говоре о имплементацији новог модела плаћања болничког сектора.

Седмо поглавље је посвећено интегрисању приватног сектора у здравствени систем. Уз статистичке податке у овом поглављу се говори и о утицају укључивања приватног сектора на рјешавање одређених проблема.

Осмо поглавље је посвећено јавним набавкама. У РС је већ пет година у примјени централизован систем јавних набавки лијекова и санитетског материјала, који је дао добре резултате. У 2012. години је планирано да буду реализоване активности које ће додатно побољшати јавне набавке и тим активностима је посвећено ово поглавље.

На крају овог извјештаја, у поглављу 9, дате су оквирне смјернице за приоритете пословне политике ФЗО РС у овој години и у наредном средњорочном периоду, које произилазе из досадашњих резултата, уочених проблема и препорука Свјетске банке.

ПОГЛАВЉЕ 1: ФИНАНСИРАЊЕ

1.1. Оцјене и препоруке Свјетске банке

У Извјештају Свјетске банке изражена је резерва према постојећем начину финансирања обавезног здравственог осигурања због доминантног финансирања из доприноса који се плаћа из плата запослених, указујући да «високе стопе опорезивања рада саме по себи представљају баријеру за отварање већег броја радних мјеста у формалном сектору, што би повећало базу доприноса.» Препорука Свјетске банке, која је дата и у прошлом извјештају, усмјерена је на преиспитивање изузећа од плаћања доприноса у свјетлу повећања удруживања ризика.¹

1.2. Анализа садашњег стања у РС

1.2.1. Учешће доприноса који се плаћа из плата запослених и даље је доминантан извор прихода ФЗО РС. У 2011. години издвајање из плата запослених је повећано с обзиром да је повећана стопа доприноса са 12 % на 12,5%. Истовремено је смањена стопа доприноса за пензионере са 3,75 % на 2 %, чиме је ризик осигурања додатно повећан код категорије запослених. У овој години је планирано да стопа доприноса буде поново враћена на 12 % и та промјена је уграђена у Финансијски план ФЗО РС за 2012. годину. Смањењем стопе доприноса са 12,5 % на 12 %, учешће доприноса од запослених у укупном приходу Фонда износиће 86,77 %. Међутим, заговара се и ново смањење стопе доприноса за пензионере са садашњих 2 % на 1 %, што значи да смањење стопе код запослених неће допринијети растерећењу те категорије, односно равномјернијој расподјели ризика осигурања.

Табела 1. Структура прихода ФЗО РС

Категорија осигураника	Учешће у укупном приходу
Запослени	86,77 %
Пензионери	3,29 %
Пољопривредници	0,26 %
Незапослена лица	7,31 %
Ратни војни инвалиди	0,36 %
Избјегло и расељено становништво	0,06 %
ИНО осигураници	1,19 %
Остали	0,76 %

¹ У извјештају Свјетске банке је наведено да је 50 % становништва ослобођено плаћања доприноса, а тај податак се заправо односи на проценат ослобођених од плаћања партиципације. С обзиром на ову непрецизност, констатација Свјетске банке је посматрана у контексту односа броја осигураника који плаћају превисок, односно пренизак допринос у односу на просјечне трошкове здравствене заштите, али и у контексту броја ослобођених од плаћања партиципације.

1.2.2. Структура осигураника је крајње неповољна. Пензионери и незапослена лица у укупном броју осигураника учествују са 57 %, а запослени са свега 36 %. Просјечан мјесечни допринос по запосленом осигуранику у 2011. години је износио 169 КМ , а за све остале категорије око 14 КМ по осигуранику мјесечно (за пензионере 6,4 КМ).

Табела 2. Структура осигураника у 2011. и почетком 2012. године

Категорија осигураника	Учешће у укупном броју осигураника	Учешће у укупном приходу
Запослени	36,15 %	86,77 %
Пензионери	32,96 %	3,29 %
Пољопривредници	0,24 %	0,26 %
Незапослена лица	24,08 %	7,31 %
Ратни војни инвалиди	0,80 %	0,36 %
Избјегло и расељено становништво	0,11 %	0,06 %
ИНО осигураници	5,24 %	1,19 %
Остали	0,42 %	0,76 %

1.2.3. Стопе и основице на које се обрачунава допринос у РС су међу најнижима у региону. Овај проблем је нарочито изражен код пензионера и незапослених лица, с обзиром на њихово велико учешће у укупном броју осигураника. Поред тога, код доприноса за незапослена лица још увјек је присутна недоследност која се огледа у томе да се допринос не уплаћује на име и презиме осигураника, а нарочито у томе да се за доприносе намијењене здравственом осигурању ове категорије не планирају довољна средства у буџету РС.²

Табела 3. Упоредни подаци о основицама и стопама доприноса за незапослена лица и пензионере

Држава	Основица за незапослена лица	Стопа доприноса за пензионере
Република Српска	20 % просјечне бруто плате	2,0 %
Србија	40 % просјечне бруто плате	12,3 %
Хрватска	35 % просјечне бруто плате	15,0 %
Црна Гора	50 % најниже цијене рада	19,0 %
Македонија	65 % просјечне нето плате	14,7 %

² Због непоштовања Закона о доприносима код планирања средстава за здравствено осигурање незапослених лица, Фонд је у 2011. години остварио мањи приход за 16.087.803 КМ. С обзиром да је и буџетом РС за 2012. годину планиран исти износ средстава (40.000.000 КМ), ФЗО РС ће и у 2012. години код категорије незапослених лица имати мањак прихода и то у износу од 21.100.000 КМ, а и више уколико буде повећан број незапослених.

1.2.4. Лично учешће (партиципација) осигураних лица приликом коришћења здравствене заштите у РС је међу најнижим у региону. Поред тога, РС је међу водећима и по броју осигураника који су ослобођени обавезе да партиципирају у трошковима здравствене заштите. Процјењује се да око 50 % свих осигураних лица има неки основ за ослобађање од партиципације, било статусни (дјеца, стара лица, труднице, пензионери с најнижом пензијом и др.), било по основу тежине болести (карциноми, дијабетес, хемофилија и др.). Ослобађање од партиципације је било у функцији заштите најсиромашнијих и најболеснијих. Међутим, и код партиципације, категорија запослених носи највећи ризик, с обзиром да, осим уколико не болују од неке хроничне болести која је основ за ослобађање од партиципације, код коришћења здравствене заштите, поред доприноса, плаћају и партиципацију у просјеку од 5 % до 10 % од цијене услуге.

1.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?

1.3.1. У децембру 2011. године ФЗО РС је урадио Програм мјера за превазилажење проблема финансирања обавезног здравственог осигурања, при чему су се имале у виду и препоруке Свјетске банке. Као једна од могућности за обезбјеђење стабилног финансирања, без додатног оптерећења категорије запослених и послодаваца, предложени су допунски извори финансирања, који су приказани у табели 4.

Табела 4. Приједлог нових извора финансирања

Извор	Годишњи финансијски ефекат
30 % прихода од акциза на дуван и друге штетне производе	32.000.000 КМ
10 % прихода од премије за обавезно осигурање од аутомобилске одговорности	12.000.000 КМ
Укупно:	44.000.000 КМ

1.3.2. У функцији постизања веће уједначености ризика осигурања је приједлог корекције постојећих основица и стопа доприноса. Ријеч је о приједлогу за корекције код пензионера и незапослених лица, који, као што је речено, сада у укупном броју осигураних учествују са 57 %, а у укупном приходу са свега 10,6 %. Финансијски ефекат овог приједлога приказан је у табели 5.

Табела 5. Приједлог корекција постојећих основица и стопа доприноса

Категорија осигурања	Приједложена корекције	Годишњи ефекат
Незапослена лица	повећање основице са 20 % на 35 % просјечне бруто плате (стопа 12 %)	66.240.000 КМ ³
Пензионери	изједначавање стопе доприноса са стопом која се примјењује код запослених (стопа 12 %) ⁴	77.760.000 КМ
Укупно:		144.000.000 КМ

1.3.3. И у оквиру партиципације осигураних лица у трошковима здравствене заштите су предложене измјене, код чега се имала у виду препорука да буде преиспитан број ослобођених категорија. По угледу на праксу Хрватске и Словеније и појединих кантона у Федерацији БиХ, предложено је да се партиципација регулише кроз допунско осигурање, на начин да сва осигурана лица једнократно уплате годишњу премију што би им омогућило да током године код коришћења здравствене заштите више не плаћају ништа. Међу предностима овог начина регулисања партиципације, истакнуто је сљедеће: партиципација би постала приход ФЗО РС⁵ и обезбиједила би се већа транспарентност; смањило би се притисак на категорије које до сада нису биле ослобођене партиципације, односно ризик би био равномјерно распоређен на све осигуранике; смањиле би се појаве кршења права осигураника због погрешно наплаћене партиципације; број ослобођених категорија би био сведен на минимум, с обзиром да модел подразумјева да премију плаћају сви, било непосредно, било да се премија за најосјетљивије категорије плаћа из републичког или буџета локалних заједница;

1.3.4. Програм мјера за превазилажење проблема финансирања обавезног здравственог осигурања је упућен Одбору за здравство и социјалну политику Народне скупштине РС и Министарству здравља и социјалне заштите РС (МЗСЗ РС). Реализација овог програма, уз рационализације у здравственом сектору које је покренуло МЗСЗ РС, има кључни значај за обезбјеђење одрживог финансирања здравствене заштите становништва и отвара могућност за додатно смањење оптерећења категорије запослених осигураника.

ФЗО РС нема одлучујућу улогу код реализације овог програма мјера.

³ У годишњи ефекат је укалкулисан већи приход на основу повећане основице, као и повећање у односу на недовољно планирана средства у буџету РС (40 милиона КМ), која нису у складу ни са постојећом основицом за обрачун доприноса

⁴ По угледу на праксу других земаља, с обзиром на тежак материјални положај пензионера, предложено је да већи дио доприноса за пензионере буде субвенициониран из буџета РС.

⁵ Уколико би просјечна годишња премија износила 20 КМ по осигураном лицу, укупан годишњи приход ФЗО РС по том основу би износио око 20 милиона КМ под претпоставком да премију плате сва осигурана лица. Према постојећем моделу, здравствене установе годишње остваре приход од наплаћене партиципације у износу од око 18 милиона КМ, с тим да партиципацију сада углавном плаћају акутни болесници, највише из категорије запослених.

ПОГЛАВЉЕ 2: ДУГ ФЗО РС

2.1. Мишљење Свјетске банке

2.1.1. Свјетска банка упозорава на «алармантан раст дугова ФЗО РС» и препоручује да тај тренд буде заустављен, нарочито према здравственим установама.

2.2. Анализа садашњег стања

2.2.1. Упоредо с повећањем дуга ФЗО РС, повећан је и дуг према ФЗО РС. Од укупно 213.000.000 КМ неплаћених краткорочних и дугорочних обавеза ФЗО РС у 2009. години, у 2011. години укупан дуг је повећан на 310.000.000 КМ. Истовремено је повећан и дуг према ФЗО РС и то са 155.000.000 КМ у 2009. години, на 188.000.000 КМ у 2011. години.

2.2.2. Структуру укупног дуга ФЗО РС чини око 86.000.000 КМ краткорочних обавеза и 224.000.000 КМ дугорочних обавеза. Највећи дио краткорочних обавеза се односи на здравствене установе (43.600.000 КМ) и велике добављаче (17.500.000 КМ). Од дугорочних обавеза, 155.000.000 КМ се односи на кредите и зајмове од Владе РС и око 60.000.000 КМ на банкарске кредите. У дугу према Влади РС се налази и 80.000.000 КМ, који заправо представља дуг здравствених установа, јер се ФЗО РС за тај износ задужио у име здравствених установа. Имајући ово у виду, стварни кумулативни дуг ФЗО РС не износи 310.000.000 КМ, већ 230.000.000 КМ.

2.2.3. Дугови за неуплаћени допринос за здравствено осигурање достигли су износ од 180.000.000 КМ. Према процјени Пореске управе РС од овога износа реално је наплативо око 50 % укупног дуга за доприносе.

Табела 6. Обавезе и потраживања ФЗО РС

Обавезе ФЗО РС (дуг ФЗО РС)	Потраживања ФЗО РС (дуг према ФЗО)	Дуг за неплаћене доприносе
310.000.000 КМ	188.000.000 КМ	180.000.000 КМ

2.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке

2.3.1. Смањене су краткорочне обавезе ФЗО РС. У 2011. години краткорочне обавезе су износиле око 86.000.000 КМ и мање су у односу на 2010. годину за око 45.000.000 КМ.

2.3.2. Највише су смањене обавезе према здравственим установама. У 2011. години краткорочне обавезе према здравственим установама су износиле 43.600.000 КМ и мање су у односу на 2010. годину за око 38.000.000 КМ.

2.3.3. Смањени су дугови према добављачима. Апотекама су плаћена сва дуговања, а дугови велим добављачима лијекова и санитетског материјала су смањени са 21.000.000 КМ у 2010. години, на 17.500.000 КМ у 2011. години.

2.3.4. Смањен је дуг за боловања. Почетком 2011. године измирен је цјелокупан дуг за боловања према предузећима из области привреде. Укупан дуг за боловања је смањен са 21.000.000 у 2010. години, на 18.000.000 КМ у 2011. години. С обзиром да се већи дио дуга за боловања односи на запослене у Владином институцијама, размишља се о могућности отписа дуга, односно његове компензације по основу међусобних обавеза и потраживања.

2.3.5. Донесени су прописи који треба да побољшају ефикасност наплате доприноса. Почетком 2011. године, Министарство финансија је донијело правилник којим је прописана обавеза плаћања доприноса без обзира на исплаћену плату. Овај правилник је имао утицаја на побољшање финансијске дисциплине код наплате доприноса.

ПОГЛАВЉЕ 3: СМАЊЕЊЕ И АЛОКАЦИЈА ТРОШКОВА

3.1. Мишљење Свјетске банке

3.1.1. Према мишљењу Свјетске банке укупни здравствени расходи расту по неодрживој стопи, а уз то «упркос бројним реформама укључујући увођење породичне медицине, алокација потрошње на поједине здравствене функције се није много промијенила у задњих 5 година».

3.1.2. Препоруке се односе на алокацију трошкова из болничког сектора у ПЗЗ, а за Републику Српску и да настави са смањењем трошкова лијечења у иностранству, које је смањено са 11 % учешћа у укупним трошковима у 2005. на 6 % у 2009. години. За оба ентитета, а нарочито за РС препоручује се и реформа у области трошкова за боловања.

3.2. Анализа садашњег стања

3.2.1. Стање је знатно побољшано у односу на Извјештај Свјетске банке. У табелама су приказане промјене код стопе раста трошкова, структуре расхода и лијечења у иностранству.

Табела 7. Стопа раста расхода ФЗО РС

Година	Износ укупних расхода	Стопа раста расхода у односу на претходну годину
2008.	418.099.035 КМ	
2009.	498.210.134 КМ	19 %
2010.	539.218.195 КМ	8 %
2011.	545.454.612 КМ	1 %

Табела 8. Структура расхода здравствене заштите у 2011. години⁶

Ниво здравствене заштите	Трошкови	Учешће у укупном трошку
Примарна здр. заштита	119.314.020 КМ	42,93 %
Болничка здр. заштита	277.880.534 КМ	57,07 %

⁶ У трошкове ПЗЗ нису укључени трошкови за лијекове на рецепт. У болничке трошкове су укључени дијализа, иностранство, радиотерапија и цитостатици.

Табела 9. Упоредни подаци структуре трошкова

Година	ПЗЗ	Болнице
2009.	24,00 %	76,00 %
2011.	42,93 %	57,07 %

Табела 10. Трошкови лијечења изван РС⁷

Година	Трошак лијечења изван РС	Учешће у укупним трошковима
2009.	24.066.510 КМ	6,03 %
2010.	23.524.958 КМ	4,36 %
2011.	21.617.713 КМ	3,96 %

3.2.2. На повећање трошкова за боловање утицало је скраћење рока за који послодавац исплаћује плату раднику на боловању. Нагли скок трошкова за накнаду плата радницима који су на боловању десио се у 2008. години када је измјеном Закона о здравственом осигурању, период за који послодавац исплаћује плату скраћен са 120 дана на 30 дана. Ову измјену у Закону издејствовали су послодавци тражећи да им буде смањено оптерећење по овом основу, а упориште су имали у сличној пракси других земаља.⁸

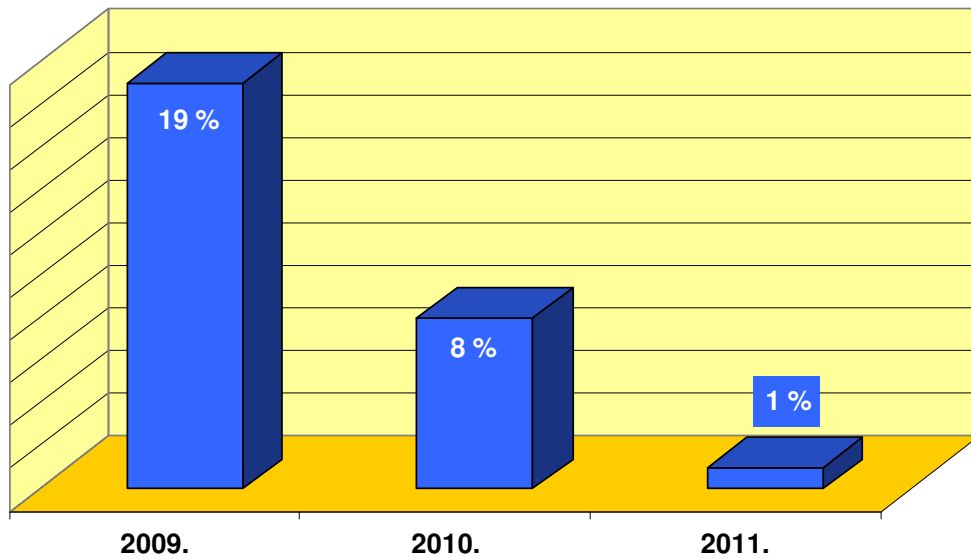
3.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?

3.3.1. Смањена је годишња стопа раста расхода са 19 % на 1 % (табела 6). У 2010. години и поред смањене стопе раста, расходи нису били покривени приходом, а дефицит ФЗО РС је износио 53 милиона КМ. У 2011. години расходи су били покривени приходом и ФЗО је пословао позитивно. Суфицит прихода над расходима у 2011. години је износио 2,2 милиона КМ.

⁷ У податке су укључени и трошкови лијечења у Федерацији БиХ. Без трошкова лијечења у болницама Федерације БиХ, учешће трошкова лијечења изван РС у укупним трошковима износи 3 %.

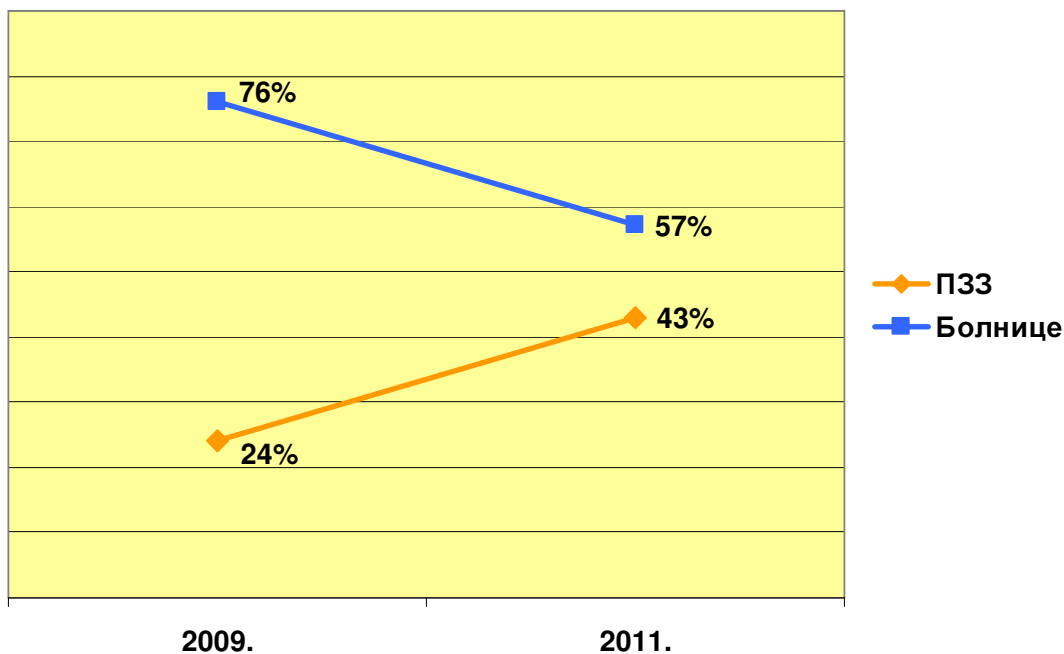
⁸ У земљама региона период за који послодавац плаћа накнаду плате раднику на боловању износи од 30 до максимално 42 дана.

Слика 1. Стопа раста расхода у односу на претходну годину



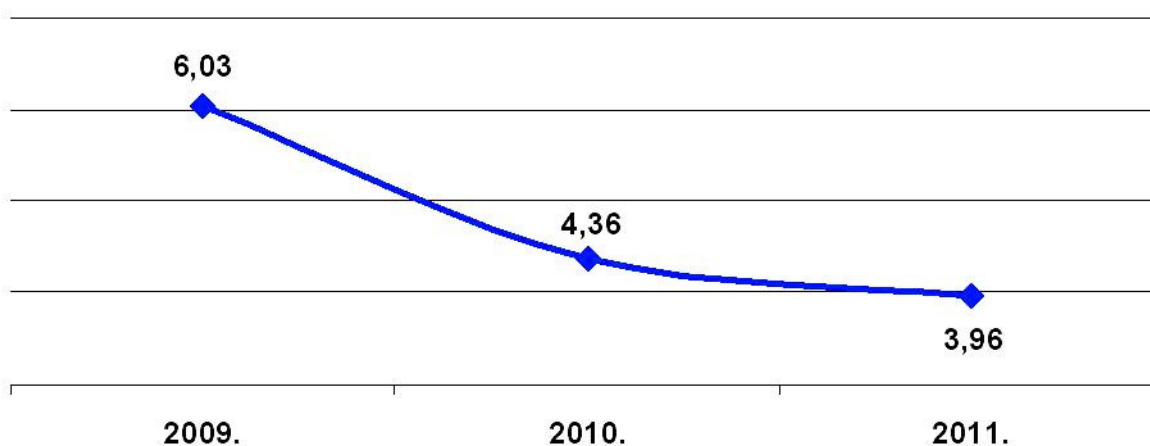
3.3.2. У складу с препоруком СБ о потреби алокације трошкова, смањено је учешће болничких трошкова у укупним трошковима здравствене заштите са 76% на 57% (табела 7 и 8). Овом резултату највише је допринијело «извлачење» консултативно-специјалистичке здравствене заштите из искључивог болничког оквира. Нови модел организовања КСЗ-а у 12 специјалистичких области је потпуно фокусиран на ПЗЗ и својом суштином представља механизам који би требало да допринесе да буде остварен стратешки циљ да на ПЗЗ буде ријешена већина здравствених потреба становништва.

Слика 2. Алокација трошкова



3.3.3. Учешће трошкова за лијечење у иностранству је смањено на 3 %, односно на 3,9 % ако се овим трошковима додају и трошкови лијечења у болницама у Федерацији БиХ. Постизању овог резултата знатно је допринио почетак рада Центра за радио терапију који је изграђен по моделу јавно-приватног партнерства. Центар је почео с радом у септембру 2010. године, а број упућених пацијената на лијечење изван РС је у 2011. години смањен за 2.500. У функцији смањења трошкова лијечења у иностранству је и пројекат довођења страних стручњака који ће своје услуге пружати у домаћим болницама и уједно обављати едукацију кадра. До сада су потписана четири уговора са страним стручњацима.

Слика 3. Учешће трошкова лијечења изван РС у укупним трошковима



3.3.4. Додатно је смањена цијена лијекова. Почетком 2012. године је постигнут договор с већином добављача и произвођача лијекова да цијену својих лијекова смање за 20 %, а с примјеном нижих цијена започело се у марту ове године. Допринос смањењу трошкова за лијекове се очекује и од примјене правилника за одређивање максималне veleпродајне цијене лијека, који је донесен на нивоу БиХ. Према овом правилнику, већина лијекова требало би да има за 10 % нижу veleпродајну цијену у односу на исти лијек у упоредним земљама. Истина, ефекат овог правилника ће бити видљивији у Федерацији БиХ с обзиром да је у РС већ учињен напредак централизовањем јавних набавки лијекова, одређивањем референтне цијене лијека и постигнутим договором о смањењу цијена.

3.3.5. Новим начином одређивања цијене ортопедских и других медицинских помагала планирано је смањење те врсте трошкова. Цијена медицинских помагала ће се утврђивати одређивањем референтне цијене слично као и код лекова и одређивањем најниже упоредне цијене истог помагала у БиХ, Србији и Хрватској. У вези са смањењем цијене медицинских помагала већ је постигнут договор да цијене помагала која се издају у апотекама буде смањена за 20 %.

3.3.6. Смањењем процента плате коју надокнађује ФЗО РС радницима на боловању, спријечен је већи раст ове врсте трошкова. С обзиром да је споменута измјена Закона о здравственом осигурању произвела огоман раст трошкова за боловања, проценат плате коју надокнађује ФЗО РС је смањен са 90 % на 70 %. Ова промјена није битно компензовала негативан ефекат скраћења рока када послодавац исплаћује плату, али је умањила још већи пораст ових трошкова и допринијела томе да нема повећања стопе боловања због злоупотреба тог права.

ПОГЛАВЉЕ 4: ПРИВАТНИ РАСХОДИ

4.1. Мишљење Свјетске банке

4.1.1. У Извјештају СБ је констатовано да „приватни расходи из властитог џепа“ чине преко 40 % укупне здравствене потрошње у БиХ. Удио приватних расхода на здравство остаје изузетно велик и није се знатније промијенио од 2000. године, када је износио 47,5 %, констатовано је у Извјештају СБ.

4.2. Анализа садашњег стања

4.2.1. Смањење учешће приватних расхода је један од приоритета ФЗО РС и у функцији је смањења сиромаштва. Планирање активности на реализацији овог одређења заснивало се на анализи водећих узрока плаћања из властитог џепа, а на које ФЗО РС може да утиче у оквиру својих овлашћења.

4.2.2. Лоша доступност КСЗ је један од идентификованих узрока плаћања из властитог џепа. С обзиром да је КСЗ био доступан само у болницама, становништво које живи изван сједишта болница је имало проблем доступности овог вида здравствене заштите. С обзиром да у оквиру здравственог осигурања нема права на накнаду путних трошкова, велики број грађана није одлазио у болницу, већ су специјалистичке прегледе плаћали сами, јер су израчунали да би их путни трошкови коштали приближно исто.

4.2.3. Дуго чекање на поједине дијагностичке процедуре, утицало је на то да грађани ове услуге плаћају из властитог џепа у приватним установама. Проблем је највише био изражен код магнетне резонансе (МР) и компјутеризоване томографије (КТ), јер се на преглед чекало и више од шест мјесеци.

4.2.4. Веома мали спектар лабораторијске дијагностике, коју је било могуће урадити на ПЗЗ, утицао је на плаћање из властитог џепа. Као и код КСЗ, због тога што у здравственом осигурању нема права на накнаду путних трошкова, пацијенти су се одређивали да услугу плате из властитог џепа.

4.2.5. Плаћање из џепа грађана је идентификовано и код високе партиципације за лијекове. За лијекове са основне листе, грађани који нису ослобођени плаћања партиципације су из властитог џепа плаћали од 10 % до 50% од цијене лијека.

4.2.6. Недовољна информисаност грађана доводи до тога да се плаћа и оно што не би требало. ФЗО РС је с посебном пажњом анализирао ову тезу и предузео активности које су знатно унаприједиле доступност информација,

4.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?

4.3.1. Доступност КСЗ више није доминантан узрок плаћања из властитог џепа и код 12 специјалистичких области та појава је готово елиминисана. У 2010. години је почела имплементација новог модела организовања КСЗ у који је укључено и 37 приватних здравствених установа. Све здравствене установе, које су закључиле уговор с ФЗО РС, обавезале су се да организују посјете у домове здравља у свим ситуацијама када би пацијент морао да путује до специјалисте више од 30 километара. Поред тога, уговором је дефинисана и обавеза да специјалистички преглед треба обавити најдуже за 7 дана од заказивања, односно за 15 дана код кардиолога. Побољшање доступности КСЗ је манифестовано кроз повећано задовољство грађана овим видом здравствене заштите. Према анкети коју је спровео Институт за јавно здравље РС, број незадовољних грађана је смањен са 50 % у 2002. години, на 9,2 % у 2011. години.

4.3.2. Плаћање из властитог џепа у приватним здравственим установама смањено је са просјечно 30 КМ на 1,5 КМ, односно за 20 пута. До 2010. године ФЗО РС није имао уговоре са приватним здравственим установама у области КСЗ. Просјечна цијена специјалистичког прегледа, без дијагностике и терапије, у приватним установама износи око 30 КМ. Закључивањем уговора ФЗО РС и приватних установа, за комплетну специјалистичку услугу (преглед, дијагностика и терапија), осигураник сада плаћа 1,5 КМ.⁹ Значајно побољшање доступности КСЗ није проузроковало веће трошкове за ФЗО РС (извршена је алокација трошкова).

4.3.3. Знатним скраћењем рока чекања ма МР и КТ готово је елиминисано плаћање из властитог џепа осигураника. За ове дијагностичке процедуре ФЗО РС је укључио и 4 приватне здравствене установе. Чекање на преглед је скраћено на максимално 30 дана, а поред укључивања приватних установа, томе је допринијело и централизовање заказивања прегледа.¹⁰ Скраћење периода чекања на преглед носи ризик повећања трошкова, те је за ФЗО РС изазов како смањити непотребно упућивање. У 2011. години у приватним установама су обављена 8.903 прегледа МР и КТ.¹¹

4.3.4. Елиминисана је појава плаћања из властитог џепа биохемијских лабораторијских налаза. Измјенама у документу Номенклатура здравствених услуга по рефералним нивоима здравствене заштите, омогућено је да ФЗО РС са домовима здравља уговара знатно шири спектар лабораторијске дијагностике, чиме је елиминисана појава да осигураници који живе изван сједишта болница (око 50 % укупног броја), лабораторијске налазе плаћају из властитог џепа. Поред овог ефекта, ова измјена је имала утицај и на алокацију трошкова с болничког нивоа на ниво ПЗЗ.

4.3.5. Партиципација за лијекове са основне листе је смањена на 10 %. Ова мјера је утицала на смањење издвајања из властитог џепа, нарочито хроничним болесницима. Изазов за даље смањење приватних трошкова у овом сектору је како постићи да

⁹ Приватне установе из области КСЗ су обавиле укупно 174.585 прегледа у 2011. години. Да су као раније ове услуге плаћали из властитог џепа, само за прегледе грађани би платили преко 5,2 милиона КМ. ФЗО је за све услуге КСЗ које су пружиле приватне установе (прегледи, дијагностика, терапија) платио мање од 5 милиона КМ.

¹⁰ Заказивање се врши преко ФЗО РС, а пацијент се упућује у установу у којој ће преглед најбрже обавити.

¹¹ Оволики број услуга, да је плаћан из властитог џепа, грађене би коштало око 2,4 милиона КМ.

доктори прописују лијек са референтном цијеном за који пацијент не мора да плаћа разлику у цијени. Једна од идеја је прописивање генеричког назива лијека.

4.3.6. У 2011. години су именовани заштитници права осигураника у свим пословницама ФЗО РС, односно у свим општинама. Именована су укупно 54 заштитника права, а њихова имена и бројеви телефона су доступни свим осигураницима на интернет страници ФЗО РС и на плакатима који су постављени у здравственим установама. Задатак заштитника права је да осигураницима дају информацију и пруже помоћ код остваривања права. У току једног мјесеца заштитницима се обрати преко 500 осигураника, што потврђује оправданост ове пословне одлуке ФЗО РС. Поред тога, заштитници права су на располагању и здравственим радницима за њихова питања у вези с процедурама остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

ПОГЛАВЉЕ 5: ПОВЕЋАЊЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ПЗЗ

5.1. Мишљење Свјетске банке

5.1.1. Свјетска банка има позитиван став о реформи примарне здравствене заштите кроз увођење породичне медицине, али и резерву у погледу онога што је учињено на реформи финансирања ПЗЗ у правцу «алокације средстава према потребама становништва, пруженим услугама или здравственим исходима».

5.1.2. Препорука Свјетске банке се односи на потребу повећања продуктивности примарне здравствене заштите и унапређење превенције. Један од индикатора на основу којег је СБ анализирала продуктивност ПЗЗ је број обављених прегледа по доктору у току једног радног дана.

5.2. Анализа садашњег стања

5.2.1. У односу на претходни период, код финансирања ПЗЗ су у већој мјери уважене специфичне потребе становништва. То је постигнуто примјеном тежинске капитације код дефинисања буџета у уговорима за ПЗЗ са домовима здравља и приватним тимовима породичне медицине. Што се тиче уважавања здравствених исхода, односно учинака као критеријума код финансирања ПЗЗ, на нивоу ФЗО РС су развијени индикатори за праћење успјешности рада тимова породичне медицине и домова здравља, али још није развијен капацитет за потпуну примјену индикатора.¹²

5.2.2. У односу на претходни период створене су веће претпоставке да се на нивоу ПЗЗ оствари стратешки циљ да се на том нивоу обезбјеђује већина здравствених потреба становништва. Код реализације ове препоруке СБ идентификовани се узроци који негативно утичу на знатнију алокацију трошкова на ПЗЗ и на основу тога су планиране активности. У оквиру поглавља «Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке», наведене су конкретне активности које су у вези са тим реализоване од 2010. године, као и планиране активности у 2012. години.

5.2.3. Мотивација тимова породичне медицине за ефективнији рад и рационалну потрошњу је и даље велики изазов. Систем награђивања, односно плаћања не уважава конкретне резултате рада, с обзиром да плата доктора и медицинске сестре не зависе од обима урађеног посла и броја грађана који су се регистровали за тим породичне медицине.

5.2.4. Напредак је постигнут код педијатрије и гинекологије. У овим областима је уведено плаћање по специјалистичком тиму уз уважавање броја регистроване дјеце, односно жена у оквиру сваког појединачног тима.

¹² У оквиру Министарства здравља и социјалне заштите РС планиран је пројекат који би требало да допринесе јачању капацитета за праћење успјешности здравствених установа. У разговору с лицима која су задужена за осмишљавање овог пројекта, представници ФЗО РС су истакли да акценат не треба да буде на развоју индикатора, с обзиром да је то већ урађено, већ на примјени индикатора.

5.2.5. Настављено је побољшање односа према превенцији болести. У наредном поглављу наведени су подаци о реализованим пројектима превенције масовних незаразних болести, као и оквир будућих активности на унапређењу превенције и промоције здравих стилова живота. Главни проблем у вези с реализацијом ових активности су непрецизно дефинисани извори финансирања, односно искључиво ослањање на средства ФЗО РС, а један од изазова је прецизно дефинисање програма превентивних мјера и унапређење промоције здравих стилова живота.

5.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке?

5.3.1. Реализацијом пројекта побољшања доступности консултативно-специјалистичке здравствене заштите (КСЗ) оснажена је улога ПЗЗ, односно ТПМ и смањен притисак пацијената на болнице.¹³ Сваком појединачном ТПМ је додијелено по 10 специјалиста¹⁴ којима могу да шаљу своје пацијенте на преглед, дијагностичке и терапијске процедуре. Гдје год је било услова Фонд је КСЗ уговорио с приватним специјалистичким установама. У току 2011. године 37 приватних здравствених установа је обавило укупно 174.585 специјалистичких прегледа и за толико је смањен број посјета болницама. Корист од овог пројекта за ПЗЗ је мања овисност о болницама, знатно бржи долазак до мишљења специјалисте, могућност директне комуникације породичног доктора и специјалисте и др. У 2012. години је планирано закључивање нових уговора са приватним специјалистичким ординацијама, тако да ће број пацијената који су услуге добили мимо болнице бити додатно повећан.

5.3.2. Измјенама у номенклатури здравствених услуга повећан је број услуга које се раде на ПЗЗ. Анализама, које су рађене у току 2010. године, установљено је да постоје формалне препреке за већу продуктивност ПЗЗ, односно за већи број услуга на том нивоу. У вези с тим извршена је измјена у документу Номенклатура здравствених услуга на начин да је проширен број услуга лабораторијске дијагностике које је могуће обавити на ПЗЗ.¹⁵ Код уговарања здравствене заштите за ову годину заузет је став да се са домовима здравља или ТПМ уговарају и друге услуге које могу да пруже, односно да се номенклатура услуга за ПЗЗ континуирано проширује чиме ће се створити формални услови за кључну улогу ПЗЗ и за већи степен алокације трошкова са болничког нивоа на ниво ПЗЗ.

5.3.3. Смањене су гужве код ТПМ поједностављењем процедура. Повећање продуктивности ПЗЗ је кључно опредјељење, а тежиште је на исходу лијечења и у вези с тим су вођене активности које би породичном доктору обезбиједиле довољно времена за пацијента. У вези с тим рађено је на смањењу броја посјета којима је разлог само прописивање лијека за хроничне болеснике или помагала за пацијенте којима је помагало трајно потребно. У 2010. години је извршена измјена у прописима која је омогућила да породични доктор може да пропише тромјесечну количину лијека хроничном болеснику, а у припреми је идентична измејна и код начина прописивања помагала из надлежности породичног доктора.

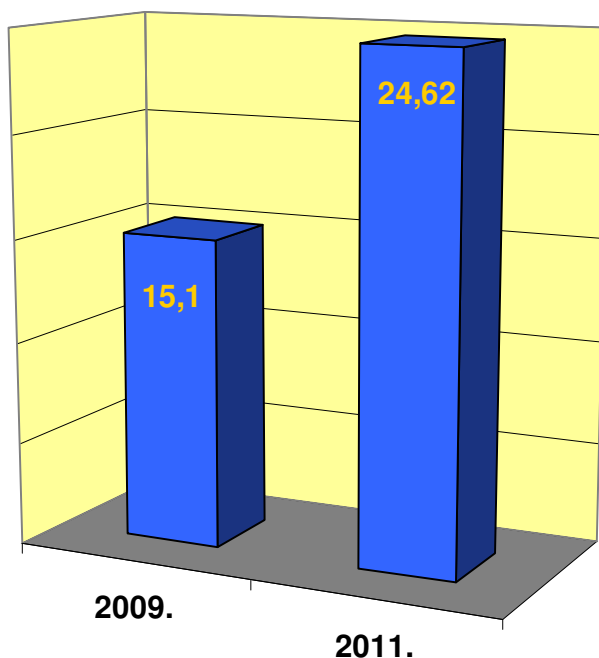
¹³ Реализација пројекта је почела у јуну 2010. године

¹⁴ Интерниста, кардиолог, неуролог, ортопед, пнеумофтизиолог, уролог, ОРЛ, офталмолог, дерматовенеролог и општи хирург.

¹⁵ Номенклатура услуга на ПЗЗ је проширена са биохемијском лабораторијском дијагностиком. До тада је на нивоу ПЗЗ било могуће обавити само основне лабораторијске претраге, а за све остало пацијенти су упућивани у болнице.

5.3.4. Повећан је број прегледа по доктору. У односу на 2009. годину, када је забиљежено 15,1 преглед по доктору на нивоу ПЗЗ, у 2011. години тај просјек износи 24,62.

Слика 4. Број прегледа по доктору на нивоу ПЗЗ



5.3.5. Планирано је унапређење модела уговарања и плаћања ПЗЗ. Акционим планом реализације Стратешког плана развоја ФЗО РС у 2012. години планирано је да у овој години буду анализирани сви аспекти постојећег модела плаћања ПЗЗ и искуства других земаља. Унапређење модела плаћања је фокусирано на проналажењу начина да се вреднује стварни резултат, ефикасност, ефективност и квалитет здравствене услуге. Међу кључним питањима је како моделом плаћања стимулисати сваки ТПМ на ефективнији рад?

ПОГЛАВЉЕ 6: РЕФОРМА БОЛНИЧКОГ СЕКТОРА

6.1. Мишљење Свјетске банке

6.1.1. У ставовима Свјетске банке указује се на ниску ефикасност у болничком сектору и доминантно учешће болничких трошкова у укупним трошковима здравства БиХ. Међу препорукама, које би требало да доведу до побољшања, наводи се потреба реформе начина плаћања болничких услуга, повећања искоришћености болесничких кревета и скраћења просјечног болничког лежања по пацијенту.

6.2. Анализа садашњег стања

6.2.1. Удио болничких трошкова у укупним трошковима ФЗО РС је знатно смањен. Конкретни резултати су приказани у табелама 7 и 8, с тим што су у болничке трошкове укључени и трошкови за хемодијализу, радио терапију, цитостатике и импланте. Остварени резултати су у складу са стратешким опредјељењем да трошкови за болничку здравствену заштиту не буду већи од 60 % укупних трошкова.

6.2.2. Буџетски модел плаћања више није доминантан у болничком сектору у РС. О резултатима на реформи начина плаћања болничког сектора говори се у поглављу 6.3.

6.2.3. Постигнуто је побољшање код просјечне дужине лежања пацијента у болницама РС.

Табела 11. Упоредни подаци о дужини лежања у болницама РС

Година	Просјечан број дана лежања
2006.	8,0
2007.	7,7
2008.	7,7
2011.	5,9

6.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке

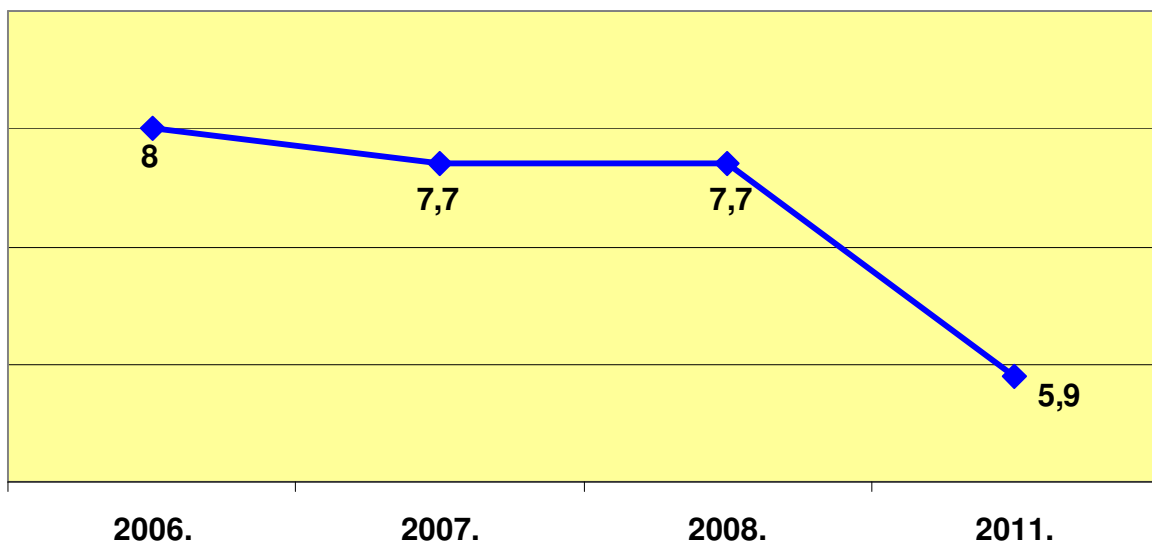
6.3.1. У 2011. години је почела имплементација новог начина финансирања болничког сектора. За већину болничких услуга (акутно болничко лијечење) уведено је плаћање по ДТС моделу, односно плаћање по случају. Моделом плаћања по услузи (јединична цијена), обухваћена је лабораторијска дијагностика, услуге дневне болнице и нуклеарне медицине, док је стари буџетски модел је задржан једино код трансфузијске медицине, рехабилитације, интензивне његе и хроничне психијатрије.

6.3.2. Нови модел плаћања је омогућио вредновање резултата рада. Новом моделу плаћања болничких услуга прилагођен је начин уговарања болничке здравствене заштите. На овом нивоу унапријед се дефинишу само средства за услуге које се плаћају по буџетском моделу, док ниво новца за већину услуга зависи од броја пружених услуга, односно од резултата рада, и израчунава се за сваки мјесец.

6.3.3. Нови модел плаћања је покренуо позитивне промјене у болничком сектору. Поред скраћења просјечне дужине лежања у болници (табела 10), од увођења новог модела плаћања видљиво је и побољшање односа према пацијенту с обзиром да пацијент има право на избор болнице. У наредном периоду треба очекивати даље унапређење ефективности рада у болницама. Изазов за наредни период је унапређење новог модела плаћања и унапређење контроле евидентираних услуга.

6.3.4. Просјечан број дана лежања у болници је скраћен са 8 на 5,9 дана. Овај резултат је у директној вези с увођењем новог начина плаћања јер болнице више нису мотивисане да предуго задржавају пацијента. Такође, на овај резултат је утицала и већа искоришћеност дневних болница у којима пацијенти добију услугу без потребе да леже у болници.¹⁶

Слика 5. Просјечан број дана лежања у болници



6.3.5. У 2011. години је започела и имплементација пројекта реформе финансирања болничке здравствене заштите. Пројектом, који финансира Европска унија, до 2013. године у БиХ би требало завршити реформу финансирања болничког сектора, имплементацијом модела који се заснива на DRG методологији за прикупљање и анализу података. Чињеница да је у РС већ обезбијеђено да се већина болничких услуга плаћа по овом моделу, имплементацију овог пројекта чини извјеснијом и једноставнијом.

¹⁶ Кроз дневну болницу се обезбјеђују терапијске услуге, као нпр. хемиотерапија и радиотерапија, а и неки оперативни захвати, као нпр. ласерске интервенције на оку.

ПОГЛАВЉЕ 7: УКЉУЧЕНОСТ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА

7.1. Мишљење Свјетске банке

7.1.1. Свјетска банка препоручује удруживање ризика за болничку заштиту и у том контексту препоручује унапређење уговарања и укључивање приватног сектора.

7.2. Анализа садашњег стања

7.2.1. Стратешким планом развоја ФЗО РС за период 2008-2012. планирано је повећање броја уговора са приватним здравственим установама. Планирање ове активности је резултат процјене да приватни сектор може да допринесе побољшању доступности здравствене заштите и алокацији трошкова са болничког нивоа. У вези с тим, планирано је да се са приватним здравственим установама уговарају услуге код којих је идентификована лоша доступност и услуге које се уопште не раде у јавном сектору како би били смањени трошкови лијечења у иностранству.

7.2.1. Стратешким планом је предвиђена потпуна интеграција приватног сектора у здравствени систем. У вези с овим циљем, планирано је да се стварају услови да се услуге здравствене заштите уговарају на основу јавног позива на који равноправно могу да конкуришу и јавне и приватне здравствене установе. Главни изазов било је превазилажење праксе да јавне установе не признају налазе и мишљење приватних установа, због чега су се поједини трошкови дуплирали.

7.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке

7.3.1. Већина регистрованих приватних здравствених установа је укључена у здравствени систем. Од укупног броја регистрованих приватних здравствених установа у областима за које ФЗО РС може да закључи уговор, у уговорном односу је 59 %.¹⁷ За 12 области КСЗ-а, уговор је закључен на основу јавног позива на који су равноправно могле да се пријаве и приватне здравствене установе, а условно и специјалисти који намјеравају да региструју приватну праксу.

7.3.2. Приватне здравствене установе су потпуно интегрисане у здравствени систем. Налази и мишљења специјалиста из приватних здравствених установа с којима ФЗО РС има закључен уговор равноправни су с налазима и мишљењем специјалиста из јавног сектора. Приватни специјалиста може да упућује пацијента у болницу, да предлаже упућивање на рехабилитацију, одобравање медицинских помагала и др.

¹⁷ Приватне здравствене установе регистроване за 12 области КСЗ; приватне здравствене установе које раде услуге којих нема у јавном сектору (вантјелесна оплоња и сложене операције на оку); приватне установе регистроване за МР и КТ; приватни ТПМ.

7.3.3. Промијењени однос према приватном сектору стимулисао је развој приватног сектора. Ову констатацију потврђују примјери проширења обима услуга код приватних установа које већ имају закључен уговор с ФЗО РС, запошљавање нових радника, као и најава отварања неколико приватних специјалних болница.

7.3.4. Захваљујући јавно-приватном партнерству (ЈПП) омогућен је развој здравствене инфраструктуре без улагања јавних средстава. ЈПП се у РС примјењује више од 12 година. По овом моделу је изграђено 8 хемодијализних центара (планирана изградња још два центра) и Центар за радиотерапију у Бањој Луци. Изградња Центра за радиотерапију је један од кључних разлога смањења броја упућених на лијечење у иностранство, као и смањења те врсте трошкова.

ПОГЛАВЉЕ 8: ЈАВНЕ НАБАВКЕ

8.1. Мишљење Свјетске банке:

У Извјештају СБ се указује да су због неефикасног система утврђивања цијена и набавке лијекова, цијене лијекова у БиХ знатно више него у сусједним земљама. Ова констатација се, заправо, односи на Федерацију БиХ, с обзиром да СБ истиче као позитиван примјер праксу РС у вези с централизацијом јавних набавки лијекова и одређивањем референтне цијене лијека. Овакву праксу у РС, СБ сматра разлогом што су лијекови у РС јефтинији него у Федерацији БиХ, у неким случајевима чак и више од 50 %.

8.2. Анализа садашњег стања:

8.2.1. Централизованим јавним набавкама у РС је обухваћено око 90 % лијекова, санитетског материјала и импланата. Централизација јавних набавки, односно централизовање снабдјевања здравствених установа, дало је одличне резултате. Најзначајнији резултати су: ниже цијене лијекова, на што указују и констатације из Извјештаја СБ и континуирано добра снабдјевеност свих здравствених установа.

8.2.2. Прије централизовања јавних набавки, болнице су биле лоше снабдјевене и пацијенти су већину лијекова куповали из властитог џепа. Лоша снабдјевеност болница и домова здравља лијековима и санитетским материјалом је био један од водећих разлога незадовољства грађана здравственим системом у периоду до 2006. године. Због овог проблема је био угрожен један од основних принципа здравственог осигурања – једнакост осигураника код коришћења права на здравствену заштиту.

8.3. Шта је урађено на реализацији препорука Свјетске банке

8.3.1. У 2012. години је планирано додатно унапређење система јавних набавки у здравству. Акционим планом ФЗО РС за ову годину планирано је да централизованим јавним набавкама буду обухваћени још неки стратешки материјали који су сада у надлежности здравствених установа. Такође, планирано је да буде повећана ефикасност контроле поштовања уговора од стране изабраних понуђача и да се јавно објављују информације о понуђачима који не испуњавају обавезе из уговора.

8.3.2. Усвојен је Акциони план за спровођење Стратегије борбе против корупције. Посебно поглавље овог плана је посвећено јавним набавкама које спроводи ФЗО РС. Између осталог, планирано је да у овој години буде урађено сљедеће:

- унаприједити садржај и форму годишњег плана јавних набавки и објављивати га на интернет страници ФЗО РС;
- урадити упутство о интерним процедурама којима се утврђују улоге и одговорности код дефинисања годишњег плана јавних набавки;
- усвојити етички кодекс јавних набавки у ФЗО РС;

- утврдити потребу и омогућити стручно усавршавање службеника на пословима јавних набавки;
- све релевантне информације о јавним набавкама објављивати на интернет страници ФЗО РС;
- омогућити присуство представника НВО у појединим фазама јавних набавки.

ПОГЛАВЉЕ 9: РЕЗУЛТАТИ И ИЗАЗОВИ

9.1. РЕЗУЛТАТИ:

9.1.1. Финансирање

- Зауостављено је пословање с губитком ФЗО РС;
- Зауостављен је раст дуга ФЗО РС;
- Дефинисан је програм мјера за превазилажење проблема финансирања, којим су предложене и мјере за већу подјелу ризика осигурања, односно растерећења запослених и послодаваца;

9.1.2. Трошкови

- Додатно су смањени трошкови лијечења у иностранству са 6 % на 3 % учешћа у укупним трошковима;
- Смањена је стопа раста укупних трошкова са 8 % на 1 %;
- Извршена је знатнија алокација трошкова са болничког на ниво примарне здравствене заштите, те је удио трошкова за ПЗЗ повећан са 24 % на 42,93 %;
- Удио болничких трошкова је смањен са 76 % на 57 %;
- Цијена већине лијекова са основне листе је смањена за 20 %;
- Цијене медицинских помагала која се издају у апотекама је смањена за 20 %;
- Очекује се доношење одлуке којом ће бити реформисан начин одређивања цијене медицинских помагала, са смањењем трошкова као крајњим исходом;
- Формулисан је приједлог о могућност отписа дуга за боловање радника који раде у институцијама које се финансирају из буџета РС;

9.1.3. Приватни трошкови

- Готово је елиминисано плаћање из џепа осигураника у 12 области КСЗ, за МР и КТ и за биохемијску лабораторијску дијагностику;
- Знатно је смањено плаћање из џепа у приватним здравственим установама с обзиром да је с већином приватних установа ФЗО РС закључио уговор;
- Смањено је плаћање из џепа кроз партиципацију за љекове, која је смањена на 10 %;
- Повећано је задовољство пацијената са 50 % на 90,8 %;

9.1.4. Продуктивност ПЗЗ

- Повећан је број услуга које пацијенти могу да добију на нивоу ПЗЗ;
- Дефинисано је одређење да се константно шири спектар услуга које пацијенти могу да добију на нивоу ПЗЗ;
- Повећан је број прегледа по доктору на ПЗЗ са 15,1 на 24,62 прегледа дневно;

9.1.5. Реформа болничког сектора

- Уведен је нови модел плаћања болничких услуга са доминантним учешћем плаћања по случају (ДТС);
- Успјешно се реализује пројекат увођења DRG модела плаћања у болничком сектору;
- Смањено је просјечно лежање у болници са 7,7 на 5,9 дана;

- Проширен је спектар услуга које је могуће пружити у оквиру дневних болница;

9.1.6. Укљученост приватног сектора

- Започела пракса јавног позива за уговарање здравствене заштите на који могу равноправно да се пријаве и приватне установе;
- Уговор са ФЗО РС има 59 % приватних установа регистрованих за дјелатности за које ФЗО може да закључи уговор;
- Приватне здравствене установе, које имају уговор с ФЗО РС, потпуно су интегрисане у здравствени систем и имају иста права и обавезе као и јавне установе;
- Јавно-приватним партнерством је изграђено 8 хемодијализних центара и Центар за радиотерапију, без улагања новца из јавног сектора.
- Интегрисање приватног сектора у здравствени систем, допринијело је развоју приватног сектора (у току је изградња неколико приватних специјалних болница);

9.1.7. Јавне набавке

- Јавне набавке су централизоване код 90 % лијекова, санитетског и другог стратешког материјала које морају да имају болнице и домови здравља;
- Централизованим јавним набавка је обезбијеђена нижа цијена, па су поједини лијекови и за 50 % јефтинији у РС него ФБиХ;
- Централизовањем снабдјевања здравствених установа све здравствене установе су у континуитету снабдјевене неопходним лијековима, санитетским материјалом и имплантима, што је драстично смањило издвајање из властитог џепа пацијената;

9.2. ИЗАЗОВИ:

9.2.1. Одрживо финансирање

- Увођењем додатних извора финансирања смањити притисак на запослене и послодавце;
- Корекцијом постојећих основица и стопа доприноса допринијети подјели ризика осигурања;
- За сваку пословну годину дефинисати садржај и обим пакета права из здравственог осигурања и изворе финансирања;
- Анализирати постојеће критеријуме одређивања висине личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите и извршити равномјернију подјелу ризика између свих категорија осигураника;
- Обезбиједити пословање без губитка за ФЗО РС и заустављање раста дугова;
- Иницирати ефикаснији рад контролних органа ради смањења појаве не плаћања доприноса;
- иницирати ефикаснију наплату дугова за неплаћене доприносе;

9.2.2. Побољшање продуктивности и алокација трошкова

- Усавршити (реформисати) модел плаћања ПЗЗ;
- Наставити с проширењем услуга које пацијенти могу да добију на ПЗЗ;
- Наставити с укључивањем приватног сектора у здравствени систем;

- Развити капацитет праћења успјешности рада и плаћањем стимулирати бољи рад;
- Подићи одговорност доктора за трошкове (уговори с докторима који имају овлашћење за прописивање лијекова, медицинских помагала и скупе дијагностике)
- Дефинисати програм мјера превенције и промоције здравих стилова живота, као и изворе финансирања;