



Стратешки развојни план

Фонда здравственог осигурања Републике Српске
за период од 2014. до 2018. године



САДРЖАЈ

1. УВОД	1
1.1. Предговор	1
1.2. Методологија	3
2. АНАЛИЗА СТАЊА У РАЗДОБЉУ 2008-2013.	4
2.1. Анализа општих показатеља	4
2.1.1. Становништво.....	4
2.1.2. Укљученост становништва у здравствено осигурање	4
2.1.3. Здравствено стање становништва.....	6
2.1.4. Привредни и друштвени развој у РС.....	8
2.1.5. Правни прописи у области здравственог осигурања	12
2.2. Анализа финансијских показатеља	14
2.2.1. Извори финансирања здравственог осигурања	14
2.2.2. Структура осигураника.....	15
2.2.3. Приходи ФЗО РС.....	19
2.3. Анализа реализације стратешких развојних циљева 2008-2013.	21
2.3.1. Усаглашеност прихода и трошкова.....	22
2.3.2. Доступност здравственог осигурања.....	24
2.3.3. Доступност здравствене заштите.....	26
2.3.4. Уговарање и плаћање услуга здравствене заштите	30
2.3.5. Ефикасност и модернизација ФЗО РС	31
2.4. Закључна оцјена реализације стратешких циљева за период 2008-2013. године	37
3. ПРОЦЈЕНА РАЗВОЈНИХ ПОТРЕБА И РАЗВОЈНИХ МОГУЋНОСТИ У РАЗДОБЉУ 2014-2018.	44
3.1. Утицај демографских кретања	44
3.2. Утицај економских и друштвених кретања у РС	45
3.3. Нова медицинска технологија и њено увођење у праксу	47
3.4. Организација здравствене службе и њено финансирање	48
3.5. Дуготрајна нега и други облици здравствене заштите	48
3.6. Закључна процјена развојних потреба и развојних могућности	48
4. МИСИЈА, ВИЗИЈА И ВРИЈЕДНОСТИ	50
4.1. Мисија и визија	50
4.1.1. Мисија ФЗО РС	50
4.1.2. Развојна визија.....	50
4.2. Вриједности	51

5. СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ФЗО РС У ПЕРИОДУ 2014-2018.....	52
5.1. Стратешки циљеви развоја	52
5.2. Реализација стратешких развојних циљева	53
5.2.1. Специфични циљеви и активности.....	53
5.2.2. Годишњи планови реализације развојних циљева.....	68
6. Мониторинг реализације развојних циљева	69
6.1. Индикатори за спровођење мониторинга.....	69
6.2. Динамика извјештавања о реализацији развојних циљева и годишњих планова рада.....	71

Табеле:

Табела 1.	Природни прираштај становништва.....	4
Табела 2.	Промјене броја осигураних лица	5
Табела 3.	Однос осигураника и издржаваних чланова породице у 2012. години	6
Табела 4.	Просјечни животни вијек становништва у РС	7
Табела 5.	Упоредни подаци о просјечном животном вијеку становништва.....	7
Табела 6.	Узрок смрти становништва у РС (у процентима)	7
Табела 7.	Стопа умирања дјете до године дана живота.....	8
Табела 8.	Кретање БДП-а	9
Табела 9.	Кретање просјечне нето и бруто плате у РС.....	9
Табела 10.	Учешће издвајања за здравство у БДП-у	10
Табела 11.	Издавања за здравство у појединим земљама у односу на остварени БДП.....	10
Табела 12.	Кретање броја запослених у РС	11
Табела 13.	Кретање броја незапослених лица у РС	11
Табела 14.	Промјене стопа и основица доприноса за здравствено осигурање	14
Табела 15.	Упоредни подаци о стопи доприноса за здравствено осигурање.....	15
Табела 16.	Структура осигураника и учешћа у укупном приходу ФЗО РС.....	17
Табела 17.	Упоредни подаци о учешћу појединих категорија осигураника у приходу од доприноса (2011. година) – подјела ризика осигурања.....	18
Табела 18.	Структура запослених осигураника	19
Табела 19.	Приходи ФЗО 2008-2012.	19
Табела 20.	Просјечно издвајање за здравство по глави становника	20
Табела 21.	Трошкови лијечења изван РС	23
Табела 22.	Алокација трошкова са скупљег болничко на ПЗЗ.....	24
Табела 23.	Унапређење доступности здравственог осигурања	25
Табела 24.	Резултати анкете о задовољству доступношћу КСЗ.....	28
Табела 25.	Промјене броја закључених уговора с приватним здравственим установама	30
Табела 26.	Закључна оцјена реализације стратешких циљева за раздобље 2008-2013.....	37

Графикони:

Графикон 1.	Промјене броја осигураних лица	5
Графикон 2.	Кретање запослених и незапослених лица	12
Графикон 3.	Структура осигураника.....	16
Графикон 4.	Учешће појединих категорија осигураника у приходу ФЗО	17
Графикон 5.	Однос прихода и расхода ФЗО	20
Графикон 6.	Упоредни подаци о издвајању за здравство по глави становника у €	21
Графикон 7.	Како осигураници оцјењују љубазност радника ФЗО?.....	33
Графикон 8.	Поређење љубазности радника ФЗО са запосленим у другим јавним службама	33

Скраћенице и акроними:

ФЗО РС	Фонд здравственог осигурања Републике Српске
МЗСЗ	Министарство здравља и социјалне заштите
РЗЗС	Републички завод за статистику
УКЦ	Универзитетско-клинички центар
КСЗ	Консултативно-специјалистичка здравствена заштита
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
ТПМ	Тим породичне медицине
ДЗ	Дом здравља
МР	Магнетна резонанса
КТ	Компјутеризована томографија
ПУ РС	Пореска управа РС
DRG (ДТС)	Нови модел плаћања болничких услуга (сродни дијагностичко-терапијски случајеви)
АСГ	Прилагођене клиничке групе (британски модел расподјеле новца на ПЗЗ)
БДП	Бруто друштвени производ
ЈПП	Јавно-приватно партнерство
ПИС	Пословни информациони систем
ИТ	Информационе технологије
ИКТ	Информационо-комуникационе технологије
LAN	Локална комуникациона мрежа
VPN	Виртуелна комуникациона мрежа

1. УВОД

1.1. Предговор

Нови средњорочни развојни циклус у области обавезног здравственог осигурања биће у знаку великих изазова у погледу одрживог финансирања, с обзиром да је последице економске кризе, које су с мањим или већим интензитетом присутне у здравственом сектору од средине 2009. године, могуће очекивати и у првим годинама новог средњорочног периода.

Све старије становништво и с тим у вези све веће потребе за здравственом заштитом, све више нових лијекова и нових технологија, а све мање новца, кључни су изазов новог развојног циклуса у коме је потребно одржати равнотежу потреба и могућности и при томе не угрозити једно од основних људских права, право на лијечење.

Одговори на изазове у вези с одрживим финансирањем оптималног пакета здравствене заштите и осталих права из обавезног здравственог осигурања, произлазе из анализе претходног средњорочног периода и претпостављају, прије свега, сљедеће кључне промјене:

- децентрализацију одговорности према стварним компетенцијама и надлежностима у вези с одрживим финансирањем здравственог система;
- обезбјеђење реалних извора финансирања за сва права прописана законима и општим актима, укључујући и финансирање здравствене заштите посебних популационих и нозолошких група;
- постизање нулте толеранције за неплаћање доприноса;
- праведнију подјелу ризика осигурања;
- већу одговорност здравствених установа у погледу рационализације трошкова, ефикасности и квалитета;
- алокацију трошкова према развојним приоритетима;
- заустављање раста задужености здравственог сектора и постепено смањење кумулираног дефицита.

У вези с наведеним, међу кључним активностима Стратешког развојног плана ФЗО за наредни средњорочни период, предвиђено је покретање иницијативе за доношење краткорочне и дугорочне стратегије обезбјеђења одрживог финансирања обавезног здравственог осигурања, односно здравственог система.

Планирана стратегија развоја Фонда здравственог осигурања у периоду од 2014. до 2018. године представља одговор на следећа питања:

- Како обезбиједити одрживо финансирање без смањења постојећег садржаја и обима права из здравственог осигурања?
- Како подстаћи здравствене установе на рационализацију трошкова, ефикаснији рад и оптимални квалитет здравствене услуге?
- Како одржати достигнути ниво доступности здравствене заштите и омогућити даље унапређење?
- Како постићи да ФЗО РС развије капацитете који могу да подрже развојне изазове?

Краткорочне мјере за балансирање трошкова с расположивим приходом обухватају интервенције у циљу побољшања финансирања (иницијативе према надлежним институцијама); мјере контроле трошкова; резање цијена и непотребних трошкова; интервенције на отклањању проблематичних тачака код доступности здравствене заштите (листе чекања); интервенције да би био задржан иили унапређен квалитет услуге.

Краткорочне мјере су избалансиране са системским мјерама које, између осталог, обухватају унапређење модела уговарања и финансирања, боље стратешко планирање и бољу стратегију куповине програма здравствене заштите.

Криза подразумијева проблеме, али она је и изазов који подстиче ефикасност и креативност. У том контексту треба одлучно закорачити у нови средњорочни период с вјером да ће бити пронађена рјешења за већину препрека и проблема и да ће бити обезбијеђен континуитет развоја здравственог сектора.

Мр Дарко Томаш, директор ФЗО РС

1.2. Методологија

Пројекција стратешког плана развоја ФЗО РС у периоду од 2014. до 2018. године се заснива на анализи резултата и стања из претходног средњорочног периода, анализи демографских и економских показатеља, анализи података о здравственом стању становништва РС, те процјени развојних потреба и развојних могућности који произлазе из резултата анализе.

Код дефинисања стратешких циљева развоја водило се рачуна да они буду комплементарни с циљевима здравствене политике РС. У вези с тим исходиште развојних циљева су, поред финансирања здравствене заштите осигураних лица као основне функције здравственог осигурања, и општи циљеви који подразумјевају сљедеће:

- квалитет и ефикасност здравствене заштите,
- једнаку доступност здравствене заштите,
- унапређење здравственог стања становништва,
- промоцију здравих стилова живота и превенцију болести.

Што се тиче основне функције здравственог осигурања, развојни циљеви у вези с тим су пројектовани на темељним начелима солидарности, узајамности и једнакости, принципима једнакости код уговарања и финансирања услуга здравствене заштите (примјена јединствених критеријума), рационалног коришћења средстава здравственог осигурања и финансијске одрживости здравственог осигурања.

Код дефинисања развојних циљева водило се рачуна да они буду мјерљиви како би био могућ квалитетан мониторинг. У ту сврху за сваки стратешки циљ су урађена усмјерења и разрађени развојни задаци, на основу којих би требало да се раде годишњи пословни планови у раздобљу од 2014. до 2018. године.

При изради овог документа, претежно су коришћени подаци Републичког завода за статистику, Института за јавно здравље, Владе РС, те подаци ФЗО РС.

Подаци о броју становника заснивају се на процјени Републичког завода за статистику, с обзиром да у вријеме израде овог документа нису били објављени званични резултати пописа из 2013. године. Промјене у вези с подацима о броју становника биће узете у обзир код израде годишњих планова рада.

2. АНАЛИЗА СТАЊА У РАЗДОБЉУ 2008-2013.

2.1. Анализа општих показатеља

2.1.1. Становништво

Према процјени Републичког завода за статистику Република Српска има око 1,4 милиона становника. Стопа природног прираштаја становништва у РС је негативна и то у свим годинама средњорочног периода од 2008. године. Наиме, евидентно је константно смањење стопе рођених у свакој од година, а конкретни подаци су приказани у табели 1.

Табела 1. Природни прираштај становништва

Година	Стопа живорођених	Стопа умирања	Стопа природног прираштаја
2008.	7,1	9,8	-2,8
2009.	7,4	9,4	-2,3
2010.	7,1	9,6	-2,2
2011.	6,7	9,4	-2,9

Просјечна густина насељености у РС износи 57,9 становника на квадратном километру. Већина становништва је сконцентрисана у већим градским центрима због чега преко 30 % општина, од укупно 63, имају мање од 10.000 становника, односно знатно мању густину насељености у односу на просјек Републике. Неравнојеран распоред становништва има негативан утицај на доступност здравствене заштите, као и на економску одрживост здравствених установа у подручјима с премало становника.

2.1.2. Укљученост становништва у здравствено осигурање

У периоду од 2008. до краја 2012. године остварен је раст броја активних осигураних лица¹, што је био један од циљева развојне политике за тај период. У односу на прву годину средњорочног периода, број осигураних лица је повећан за нешто више од 23,5 хиљада, што се може видјети из података у табели 2. Међутим, повећање броја осигураних лица није било праћено оптималним промјенама

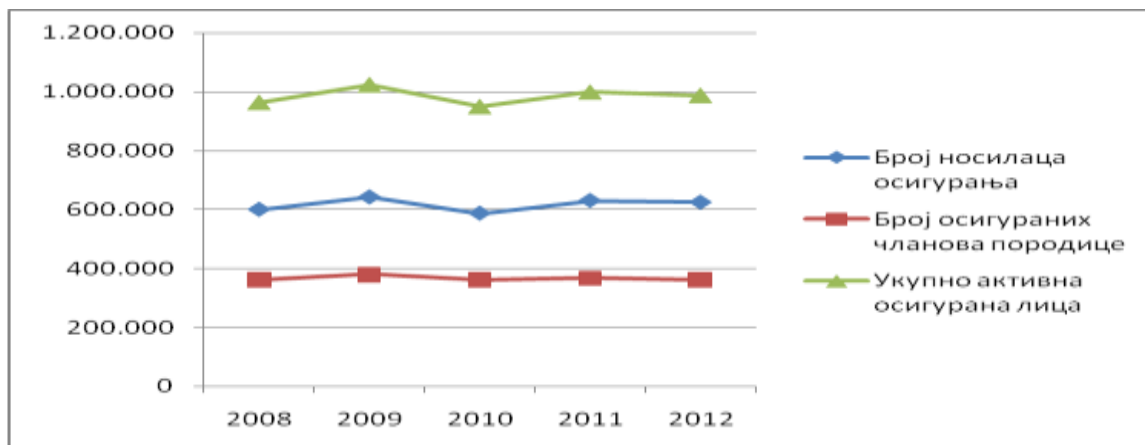
¹ Осигураници за које је уплаћен допринос и издржавани чланови њихове породице

уструктури осигураника које би имале позитиван ефекат на приходе здравственог осигурања, о чему је више речено у оквиру поглавља 2.2.

Табела 2. Промјене броја осигураних лица

	2008	2009	2010	2011	2012	Индекс 2012/2008	Разлика 2012/2008
Број носилаца осигурања	599.931	641.985	587.203	630.256	624.577	104,11	+ 24.646
Број осигураних чланова породице	363.621	380.533	362.164	367.756	362.483	101,14	- 1.138
Укупно активна осигурана лица	963.552	1.022.518	949.369	998.012	987.060	102,44	+ 23.508

Графикон 1. Промјене броја осигураних лица



Што се тиче односа броја носилаца осигурања и издржаваних чланова породице који су осигурани преко носилаца осигурања, у току протеклог средњорочног периода у просјеку је на основу уплаћеног доприноса за носиоца осигурања, било осигурано 0,60 издржаваних чланова породице. Овај однос је био најлошији у 2011. години када је износио 1 : 0,63, док је ситуација повољнија у 2012. години, када овај однос износи 1 : 0,58.

Табела 3. Однос осигураника и издржаваних чланова породице у 2012. години

Категорија осигурања	01.01-31.12.2012. године		
	активни осигураници (носиоци осигурања)	чланови породице осигураника	број чланова породице на једног носиоца осигурања
Запослени осигураници	219.107	166.910	0,76
Корисници пензија	208.421	55.405	0,27
Пољопривредници	2.450	2.588	1,06
ИНО осигураници	33.089	15.641	0,47
РВИ, породице погинулих бораца	5.026	2.948	0,59
Избјегла и расељена лица	617	133	0,22
Незапослена лица	153.348	118.674	0,77
Центар за социјални рад	2.519	184	0,07

Најлошији однос осигураника и издржаваних чланова породице, као што се види из података у табели 3., је на категорији пољопривредника, гдје на једног осигураника који плаћа допринос долази више од једног издржаваног члана породице који је осигуран преко доприноса уплаћеног за носиоца осигурања. Виши проценат издржаваних чланова на једног осигураника у односу на просијек је и на категорији незапослених лица (1:0,77), као и на категорији запослених (1:0,76).

У поређењу с другим земљама региона, могуће је закључити да је учешће издржаваних чланова породице у укупном броју осигураних лица у Републици Српској знатно више. Нпр. у Хрватској на једног носиоца осигурања долази свега 0,26 издржаваних чланова породице, а у Словенији 0,30.

2.1.3. Здравствено стање становништва

Просјечни животни вијек становништва у РС, према подацима из 2011. године, износи 72,6 година, с тим да је просјечни животни вијек мушкараца 69,7, а жена 75,7 година.² У односу на 2000. годину, просјечни животни вијек становништва РС је у 2012. години порастао за 5,2 година, што се велики дијелом може приписати унапређењу ефикасности и доступности здравствене заштите у РС о чему се говори у поглављу 2.3.

² Извор: Статистички годишњак 2012.

Табела 4. Просјечни животни вијек становништва у РС

	2000.	2005.	2010.	2011.	2012.
Мушкарци	64,9	65,2	69,4	69,7	70,1
Жене	70,8	71,2	74,9	75,5	76,1
Укупно	67,9	68,2	72,2	72,6	73,1

Поред тога што је повећан, просјечни животни вијек становништва у Републици Српској је и даље међу нижим у региону, што се може видјети из упоредних података приказаних у табели 5.

Табела 5. Упоредни подаци о просјечном животном вијеку становништва

Словенија	Хрватска	Србија	Македонија	Црна Гора
77,9	75,7	74,0	74,2	74,5

Најчешћи узрок умирању у Републици Српској су кардиоваскуларне и малигне болести (73,8 %), а слиједе болести жлијезда с унутрашњим лучењем (5,1 %) и болести респираторног система (3,3 %).

Учешће кардиоваскуларних и малигнух болести у узроцима умирања становништва повећава се из године у годину, док се та стопа смањује код ендокриних болести, што се може видјети из података у табели 6.³

Табела 6. Узрок смрти становништва у РС (у процентима)

Врста болести	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	Индекс 2011/2007
Обољења кардиоваскуларног система	50,1	51,6	50,9	53,3	53,7	107,19
Малигна обољења	19,3	20,2	20,5	20,0	20,5	106,22
Обољења респираторног система	3,5	3,3	3,1	3,3	3,9	111,43
Ендокрине болести	5,6	5,7	6,5	5,1	4,8	85,71
Обољења дигестивног система	2,7	2,7	2,7	2,9	2,9	107,41
Сва остала обољења	18,8	16,5	16,3	15,4	14,2	75,53

³ Извор: Статистички годишњак РЗЗО 2012.

Важан параметар за анализу здравственог стања становништва, а и ефикасности здравственог система је стопа дојеначке смртности, односно стопа смртности код дјеце до године дана живота. Упоредни подаци, који су приказани у табели 7. показују да је ова стопа готово преполовљена у односу на 1998. годину, међутим видљиво је и то да она поново расте од 2005. године, да би 2012. године имала знатнији пад.

Табела 7. Стопа умирања дјеце до године дана живота⁴

Година	Стопа умирања у %
1998.	8,3
2000.	7,3
2005.	3,6
2010.	4,3
2011.	4,5
2012.	3,7

Стопа смртности дјеце до године дана живота у односу на 1.000 новорођенчади у Републици Српској је нижа него у неким другим сусједним земљама. Према подацима из 2010. године, у Србији је ова стопа износила 6,7 %, у Хрватској 4,4 %, а у РС те године износила 4,3 %. У Најразвијенијим земљама ЕУ, ова стопа је испод 3,7 %, а најнижа је на Исланду гдје износи свега 2 %.

Иако је стопа смртности одојчади у РС нижа у односу на Србију и Хрватску, потребно је обратити пажњу на доминантно учешће перинаталних стања и пријевременог порођаја међу узроцима смртности одојчади, што упућује на потребу даљег унапређења здравствене заштите трудница, као и перинаталне дијагностике.

2.1.4. Привредни и друштвени развој у РС

Показатељи привредног и друштвеног развоја у протеклом средњорочном периоду имали су тенденцију раста у 2008. у односу на 2007. годину, да би у 2009. и 2010. години дошло до пада, или успоренијег раста. У 2011. години је поново успостављен раст, да би у 2012. години наступило ново погоршање. То се, прије свега, односи на податке о БДП-у, просјечној плати и стопи запослености, односно незапослености.

⁴ Извор: Статистички годишњак 2013.

Табела 8. Кретање БДП-а⁵

Година	Укупни БДП у милијардама КМ	БДП по глави становника у КМ	Стопа реалног раста БДП-а (%)
2007.	7,350	5.106	
2008.	8,489	5.906	6,2
2009.	8,223	5.730	-3,0
2010.	8,308	5.798	0,8
2011.	8,669	6.063	0,8
2012.	8,585	6.006	-1,1

Сличну тенденцију имамо и код кретања просјечне нето и бруто плате, што приказују подаци дати у табели 9.

Табела 9. Кретање просјечне нето и бруто плате у РС⁶

Година	Просјечна нето плата		Просјечна бруто плата	
	Износ у КМ	Индекс	Износ у КМ	Индекс (у односу на 2007.)
2007.	585	100,00	875	100,00
2008.	755	129,05	1132	129,37
2009.	788	134,70	1204	137,60
2010.	784	134,02	1199	137,03
2011.	809	138,29	1326	151,54
2012.	818	139,83	1349	154,17

У периоду од 2007. до краја 2012. године, просјечна нето плата је повећана за 39,83 %, док је просјечна бруто плата повећана за 54,17 %. Већи раст бруто плате него раст нето плате, је резултат повећања стопа доприноса за социјално осигурање, конкретно стопе доприноса за здравствено осигурање са 11,5 % на 12,5%.

Ако посматрамо однос укупног прихода ФЗО РС и БДП-а, у протеклом средњорочном периоду уочавамо сличан тренд као код већине параметера, дакле раст до 2009. године, пад у 2010. и поновни раст у 2011. години након повећања стопе доприноса. У 2012. години поново наступа негативан тренд и код раста БДП-а и код учешћа здравствене потрошње исказане кроз приход Фонда, у БДП-у.

⁵ Извор: РЗЗС – Статистички годишњак 2013.

⁶ Извор: РЗЗС – Билтен бр. 5, Рад и запошљавање, 2012.

С обзиром да око 90 % прихода здравствених установа чини приход који остваре на основу уговора с Фондом, као и да се здравствена заштита становништва финансира готово искључиво из прихода Фонда⁷, укупни приход Фонда се може третирати као учешће издвајања за здравство у БДП-у, а не само као учешће прихода ФЗО у укупном БДП-у.

Табела 10. Учешће издвајања за здравство у БДП-у

Година	Укупни БДП у милијардама КМ	Учешће прихода ФЗО РС у БДП РС (%)
2007.	7,350	4,7
2008.	8,489	4,9
2009.	8,223	5,9
2010.	8,308	5,8
2011.	8,669	6,3

У односу на друге земље у региону, издвајање за здравство у односу на БДП у Републици Српској је најниже, што показују подаци из табеле 11, с тим да податке треба узети с извјесном резервом због неусклађених методологија рачунања учешћа, што би у наредном периоду требало да буде отклоњено кроз «национални рачун» трпшкова у здравству.

Табела 11. Издвајања за здравство у појединим земљама у односу на остварени БДП

Земља	Издајање (у %)
Словенија	8,4
Македонија	8,2
Србија	7,6
Хрватска	7,5
Црна Гора	6,8

Стопа запослености у Републици Српској је са 37,3% у 2008. години смањена на 36,1% у 2011. години. Гледано номинално, број запослених лица је од 2008. до краја

⁷ Из прихода Фонда се, поред здравствене заштите осигураних лица, финансира и хитна медицинска помоћ, базична рехабилитација, услуге центара за ментално здравље и хигијенско-епидемиолошка заштита и за неосигурано становништво. Такође, из прихода Фонда се финансира и здравствена заштита неосигуране дјеце до 15 година, лица преко 65 година, трудница, обољелих од карцинома, дијабетеса, и неких других тежих хроничних обољења.

2011. године смањен за 20.058, што је могуће видјети из података приказаних у табели 12.

Табела 12. Кретање броја запослених у РС⁸

Година	Број запослених	Индекс раста у односу на 2007. годину
2007.	258.236	100,00
2008.	259.205	100,38
2009.	258.634	100,15
2010.	244.453	94,66
2011.	238.956	92,53
2012.	238.178	92,23

С обзиром да допринос за здравствено осигурање запослених чини преко 85 % укупног прихода ФЗО РС, јасно је да су се неповољна кретања у овом сегменту негативно одразила на приходе ФЗО РС, односно на стабилност финансирања здравственог сектора, о чему ће бити више ријечи у оквиру поглавља 2.2.

С друге стране, стопа незапослености је са 20,5% у 2008. години, повећана на 24,5% у 2011. години, али је испод нивоа из 2006. године, од када се и рачуна у Републици Српској и када је износила 28,5%. Раст броја незапослених лица, који је приказан у табели 13., такође је имао негативан утицај на приходе ФЗО РС.

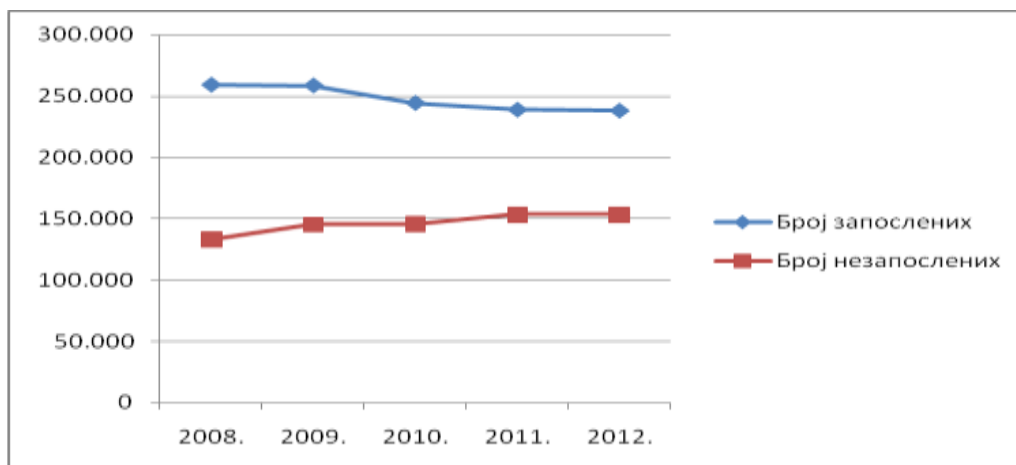
Табела 13. Кретање броја незапослених лица у РС

Година	Број незапослених пријављених на здр. осигурање	Индекс раста у односу на 2008. годину
2008.	133.074	100,00
2009.	145.396	109,26
2010.	145.620	109,42
2011.	153.535	115,76
2012.	153.225	115,14

⁸ Извор: РЗСЗ – Статистички годишњак 2012.

Негативан утицај на приход ФЗО РС није имало само повећање броја незапослених лица, већ и то што од 2009. године Фонду није уплаћиван допринос у износу који би требало да одговара прописаној основици и стопи доприноса, као и броју пријављених на осигурање, већ фиксни износ од 40 милиона КМ, што је имало негативан ефекат на приход ФЗО РС и то у износу од 50 милиона КМ⁹ за период од три године.

Графикон 2. Кретање запослених и незапослених лица



2.1.5. Правни прописи у области здравственог осигурања

Релевантни прописи у области обавезног здравственог осигурања су Закон о здравственом осигурању, Закон о здравственој заштити, Закон о доприносима, те општи акти ФЗО РС.

Стање у области нормативног регулисања обавезног здравственог осигурања у протеклом средњорочном периоду, карактерише сљедеће:

- Није донесен нови Закон о здравственом осигурању иако је то било планирано у овом периоду;
- Донесен је нови Закон о здравственој заштити, којим су уведени бројни европски стандарди у овој области. Са становишта обавезног здравственог осигурања треба рећи да су новим законом дефинисане популационе и нозолошке групе којима се обезбјеђује здравствена заштита на нивоу Републике, при чему то право није условљено статусом у здравственом осигурању, односно није дефинисано ко сноси трошкове здравствене заштите неосигураних припадника ових група. Посљедица тога је да се из доприноса осигураних лица финансира и здравствена заштита неосигураних припадника појединих група становништва за које здравствену заштиту гарантује Република;

⁹ Овај проблем је углавном превазиђен с обзиром да је Буџетом РС за 2013. годину планирано за 20 милиона КМ више средстава у односу на претходне године. Међутим, и даље се код доприноса за незапослене не примјењује уобичајена методологија: основица пута стопа пута број осигураника.

- У Закону о доприносима нису урађене суштинске измјене које би требало да онемогуће, или бар смање појаву обрачунавања доприноса на нереално ниску основицу (брuto плату). Такође, прописаним основицама и стопама доприноса није обезбијеђена равномјерна подјела ризика осигурања, што је у другим земљама постигнуто примјеном јединствене стопе доприноса за све категорије осигураника, или знатном мањом разликом између стопе доприноса за запослена лица и стопе за пензионере, него што је у Републици Српској. Што се тиче подзаконских прописа који произлазе из овог закона, треба истаћи побољшање у вези с прописивањем обавезе уплате доприноса и у случају да није могућа исплата плате;

- Унапређена је регулатива из надлежности ФЗО РС што се, између осталог, огледа у прецизнијем регулисању садржаја и обима права у обавезном здравственом осигурању и смањењу броја прописа на начин да је сва сродна материја регулисана једним актом (примјер: нови Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту и партиципацији, којим је обједињена материја неколико посебних правилника и одлука). У вези с општим актима ФЗО РС треба споменути и унапређења у вези с прописивањем начина одређивања цијене медицинских средстава, које је у функцији рационализације ове врсте трошкова, унапређења код дефинисања критеријума на основу којих се уговарају услуге здравствене заштите, унапређења у вези с поједностављењем административних процедура и сл.

2.2. Анализа финансијских показатеља

2.2.1. Извори финансирања здравственог осигурања

Једини извор прихода обавезног здравственог осигурања у току цијелог средњорочног периода био је допринос за здравствено осигурање. У односу на друге земље, приход здравственог осигурања није чак ни партиципација осигураних лица.

Основице и стопе доприноса су прописане Законом о доприносима и у том погледу је од 2008. године било неколико промјена. У табели 14. су приказане промјене код стопа доприноса за поједине категорије осигураника.

Табела 14. Промјене стопа и основица доприноса за здравствено осигурање

Категорија осигураника		2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Запослени	стопа	15 %	11,5 %	11,5 %	12,5 %	12,5 %	12,0%
	основица	нето плата	брuto плата	брuto плата	брuto плата	брuto плата	брuto плата
Незапослени ¹⁰	стопа	*	11,5 %	11,5 %	12,5 %	12,5 %	12,0 %
	основица	*	20% прос. бруто плате	20% прос. бруто плате	20% прос. бруто плате	20% прос. бруто плате	20% прос. бруто плате
Пензионери	стопа	4 %	3,75 %	3,75 %	2,0 %	2,0 %	1,0 %
	основица	исплаћена пензија	исплаћена пензија	исплаћена пензија	исплаћена пензија	исплаћена пензија	исплаћена пензија
Пољопривредници	стопа	16 %	11,5 %	11,5 %	12,5 %	12,5 %	12,0 %
	основица	катастарски приход	30% прос. бруто плате	30% прос. бруто плате	30% прос. бруто плате	30% прос. бруто плате	30% прос. бруто плате

Као што је приказано у табели 14., најзначајније измјене су се догодиле у 2009. години, када је основица за обрачун доприноса умјесто нето, постала бруто плата. Упоредо с овом измјеном извршена је и корекција стопе доприноса, при чему је вођено рачуна да то не смањује укупне приходе јавних фондова, а ни не повећава. У 2011. години је стопа доприноса за све категорије, изузев за пензионере, повећана са 11,5 на 12,5%, као реакција на проблеме смањења прихода у јавним фондовима услед посљедица економске кризе. Упоредо с овим, три пута су вршене корекције стопе доприноса за здравствено осигурање пензионера, која је са 4 %, на почетку, сведена на 1 % на крају средњорочног периода. Смањење стопе доприноса за здравствено осигурање пензионера, због великог учешћа ове категорије у укупном броју осигураних, имало је негативне посљедице на приходе ФЗО РС.

¹⁰ До 2009. године за здравствено осигурање незапослених лица у буџету РС су планирана средства у висини до максимално 0,5 % износа укупно исплаћених нето плата у РС

Имајући у виду све стопе које се примјењују код обрачуна доприноса за здравствено осигурање, као и већ споменути проблем уплаћивања мање новца за здравствено осигурање незапослених лица, просјечна стопа доприноса за здравствено осигурање Републици Српској, према подацима из новембра 2012. године, износи 7,48 % и далеко је најнижа у региону.

Табела 15. Упоредни подаци о стопи доприноса за здравствено осигурање

Република Српска	Хрватска	Србија	Словенија	Црна Гора	Федерација БиХ
7,48 % (просјечна стопа) 12 % (стопа за запослене)	13 %	12,3 %	12,92 %	13,5 %	16,5 %

2.2.2. Структура осигураника

Период од 2008. до 2013. године обиљежен је повећањем броја осигураних лица, с једне стране и погоршањем структуре осигураника, с друге стране. Лоша структура осигураника произлази из сљедећег:

- запослена лица су једина категорија осигураника која троши мање него што придоноси приходу ФЗО РС, али запослени чине тек незнатно више од трећине укупног броја осигураника, тако да из «вишка» њиховог доприноса није било могуће покрити мањак прихода у односу на просјечне расходе код осталих категорија осигураника;
- пензионери, чији просјечни мјесечни допринос за здравствено осигурање од почетка 2013.године износи око 3,11 КМ и вишеструко је мањи од просјечног трошка здравствене заштите ове категорије осигураника, чине једну трећину укупно осигураних;
- негативан однос просјечног прихода и просјечног трошка је и код категорије незапослених лица, који чине четвртину укупног броја осигураника;
- скоро двије трећине осигураника учествују у укупном приходу са свега 11 %;
- готово сав ризик здравственог осигурања је на једној трећини осигураника (запослени);

Према подацима из децембра 2012. године, у укупном броју осигураника запослена лица учествују са 35,1 %; пензионери са 33,4 %; незапослени са 24,6 %, пољопривредници са 0,4 %, ино осигураници са 5,3 %, РВИ и породице погинулих и несталих бораца РС са 0,8 %, лица за која допринос плаћају центри за социјални рад и корисници материјалних давања са 0,4 %, избјегло и расељено становништво са 0,1 %.

Графикон 3. Структура осигураника



У односу на прву годину средњорочног периода, погоршање структуре осигураника се огледа у смањењу учешћа запослених лица и то за око 5,4 процентних поена и повећању учешћа незапослених лица за 3,7 процентна поена. Истовремено, учешће пензионера у укупном броју осигураника је смањено за 1,64 процентна поена.

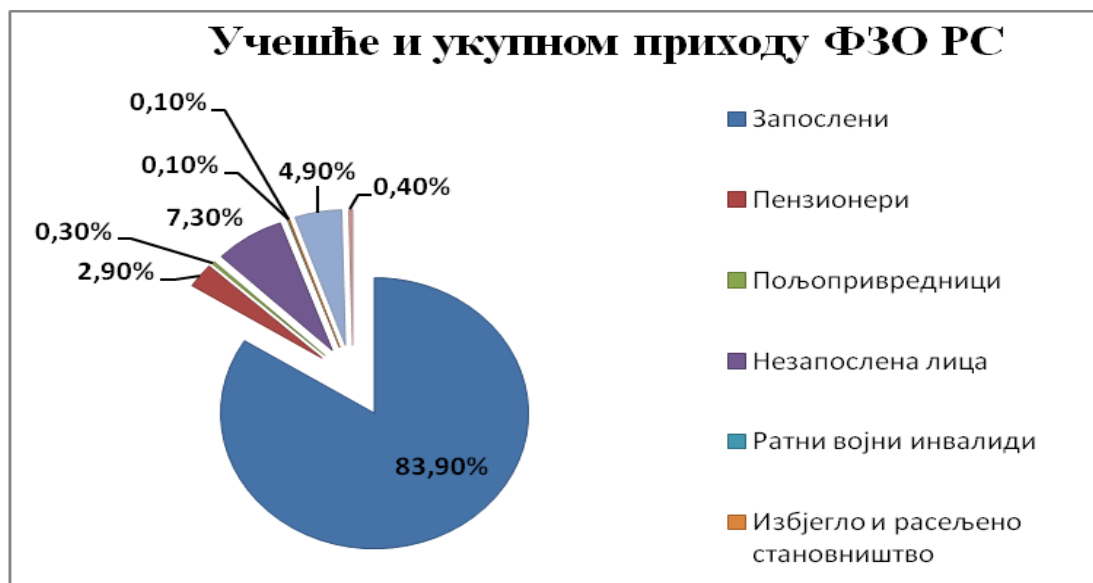
У табели 16. приказана је подјела ризика здравственог осигурања и то кроз однос учешћа појединих категорија осигураника у структури осигураника и у укупном приходу ФЗО РС.¹¹

¹¹ Приказани подаци се односе на 2012. годину и повољнији су у односу на претходне године. На то је утицало знатно повећање учешћа прихода од ино осигураника које је произишло из тога што су у 2012. години уплаћене и обавезе из ранијих година. Иначе, учешће доприноса за запослена лица у укупном приходу ФЗО просјечно износи око 87 %.

Табела 16. Структура осигураника и учешћа у укупном приходу ФЗО РС

Категорија осигураника	Учешће у укупном броју осигураника	Учешће у укупном приходу
Запослени	35,1 %	83,9 %
Пензионери	33,4 %	2,9 %
Пољопривредници	0,4 %	0,3 %
Незапослена лица	24,6 %	7,3 %
Ратни војни инвалиди	0,8 %	0,1 %
Избјегло и расељено становништво	0,1 %	0,1 %
ИНО осигураници	5,3 %	4,9 %
Центар за социјални рад	0,4 %	0,4 %

Графикон 4. Учешће појединих категорија осигураника у приходу ФЗО



У другим земљама региона, подјела ризика осигурања је знатно повољнија него у РС, а то је постигнуто или примјеном јединствене стопе доприноса за све категорије осигураника, или већим степеном уједначености стопе за запослене и стопе за пензионере. Захваљујући томе у другим земљама је евидентно и знатно повољније удруживање ризика осигурања између запоселних лица и пензипонера, што показују подаци из табеле 17.

Табела 17. Упоредни подаци о учешћу појединих категорија осигураника у приходу од доприноса (2011. година) – подјела ризика осигурања

Држава	Учешће доприноса за здравствено осигурање појединих категорија осигураника у укупном приходу здравственог осигурања				
	Запослени	Пензионери	Пољоприв.	Буџет	Остали
Република Српска	83,90 %	2,90 %	0,40 %	7,79 %	5,01 %
Србија	70,90 %	24,00 %	1,50 %	3,20 %	0,40 %
Црна Гора	59,70 %	19,90 %	0,40 %	19,80 %	0,20 %
Македонија	54,00 %	21,80 %	0,30 %	22,40 %	1,50 %
Словенија	72,70 %	16,10 %	4,70 %	2,30 %	4,20 %

Резерва према подјели ризика здравственог осигурања у РС је изражена и у извјештају Свјетске банке за 2012. годину, и то због доминантног финансирања из доприноса који се плаћа из плата запослених, уз образложење да «високе стопе опорезивања рада саме по себи представљају баријеру за отварање већег броја радних мјеста у формалном сектору, што би повећало базу доприноса.» У вези с тим, препорука Свјетске банке, која је дата и у прошлом извјештају, усмјерена је на потребу већег удруживања ризика осигурања међу обвезницима уплате доприноса, што подразумијева смањење оптерећења на категорији запослених, а повећање на осталим категоријама (пензионери и незапослени).

У догледно вријеме није реално очекивати знатније промјене у овом смислу. Напротив, смањење стопе доприноса за пензионере са ранијих 2 %, на 1 % од 2013. године, додатно ће погоршати ситуацију, с тим да је реално очекивати побољшање код категорије незапослених лица с обзиром да су Буџетом РС за 2013. годину средства за здравствено осигурање незапослених лица планирана у износу који је за 50 одсто виши у односу на претходне године.

За анализу структуре осигураника, због низа специфичности, релевантна је и структура унутар категорије запослених лица, мјерена односом запослених у јавном и приватном сектору.

Табела 18. Структура запослених осигураника

Категорија осигураника	Број осигураника	Учешће у укупном броју запослених осигураника	Просјечни мјесечни допринос у КМ
Запослени у јавном сектору	100.021	46,31 %	213,86
Запослени у приватном сектору	115.949	53,69 %	129,25
Укупно	215.970	100 %	167,81

Податак је релевантан због износа просјечног доприноса, који је знатно виши у јавном сектору и то не само због виших плата, већ и због показатеља који упућују на појаву да се у приватном сектору код обрачуна доприноса не приказује стварна плата, нити се допринос обрачунава на сва лична примања.

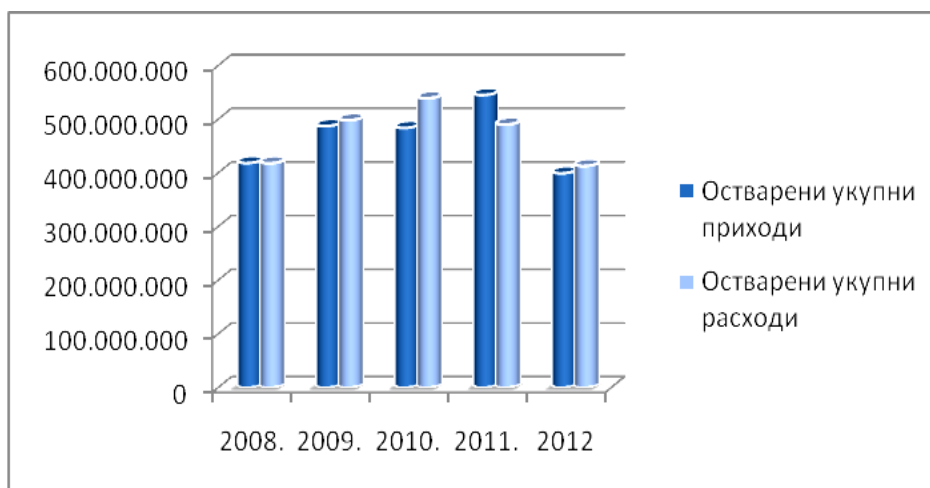
2.2.3. Приходи ФЗО РС

Као и код већине претходних показатеља, и код прихода ФЗО РС су примјетне осцилације у току протеклог средњорочног периода, које су приказане у табели 19.

Табела 19. Приходи ФЗО 2008-2012.

Година	Остварени укупни приходи	Индекс
2008.	418.359.687	
2009.	487.292.932	116,48
2010.	483.841.315	98,59
2011.	545.234.026	112,69
2012.	549.857.376	100,85

У вези с приходом за 2012. годину треба рећи да је он био планиран на стопу од 12 %, а да је обрачунават по стопи од 12,5 % с обзиром да је смањење стопе доприноса усвојено тек крајем године.

Графикон 5. Однос прихода и расхода ФЗО

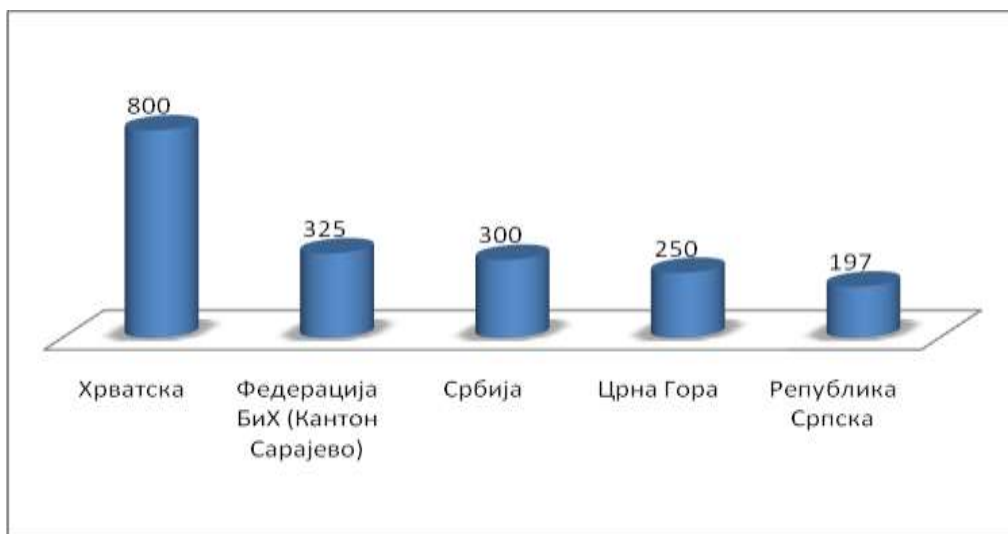
Из односа оствареног прихода и расхода могуће је видјети да су у само двије године средњорочног периода (2008. и 2011.), расходи били покривени приходима. Међутим, у 2011. години тај резултат је произишао из линеарног смањења износа уговорених средстава за услуге здравствене заштите за 10 одсто, с обзиром да ни с повећаном стопом доприноса није било могуће покрити све трошкове здравствене заштите.

У поређењу с другим земљама, просјечно издвајање по глави становника за здравство у Републици Српској је најниже, што је могуће видјети из података приказаних у табели 20.

Табела 20. Просјечно издвајање за здравство по глави становника

Земља	Издавање по глави становника (€)
Хрватска	800
Федерација БиХ (Кантон Сарајево)	325
Србија	300
Црна Гора	250
Република Српска	197

Графикон 6. Упоредни подаци о издвајању за здравство по глави становника у €



У вези с наведеним је могуће закључити да је кључни проблем одрживог финансирања недостатак прихода.

2.3. Анализа реализације стратешких развојних циљева 2008-2013.

Стратешки развојни циљеви ФЗО РС у претходном средњорочном периоду били су фокусирани на рјешавање сљедећих проблема: нестабилни и недовољни извори финансирања обавезног здравственог осигурања; неадекватни модели плаћања здравствене заштите; неповољан однос трошкова примарне и болничке здравствене заштите; високи трошкови лијечења изван РС; неискоришћен потенцијал приватног сектора за рјешавање проблема доступности здравствене услуге; висок проценат неосигураног становништва; незадовољство осигураника обимом и садржајем права, условима лијечења и доступношћу здравствене заштите; неједнак положај осигураника у појединим дијеловима Републике Српске; недовољна информисаност осигураника о правима и неадекватна доступност информација.

На основу идентификованих проблема, дефинисано је пет стратешких циљева:

- Усагласити приходе и трошкове обавезног здравственог осигурања;
- Обавезно осигурање учинити доступним свим грађанима;
- Допринијети развоју квалитетне, ефикасне и доступне здравствене заштите;
- Усавршити принципе уговарања и увести нове механизме плаћања здравствених услуга;
- Изградити модеран и ефикасан Фонд здравственог осигурања;

У наставку текста приказани су подаци на основу којих је могуће процијенити степен реализације постављених циљева.

2.3.1. Усаглашеност прихода и трошкова

Усаглашеност прихода и трошкова, односно одрживо финансирање, требало је да буде постигнуто обезбјеђењем стабилних извора прихода уз минимални годишњи раст прихода од 10 % и развијањем механизма за ефикасније управљање трошковима (алокација трошкова, рационализација, контрола и др.).

Активности у вези с обезбјеђењем стабилних извора финансирања су се сводиле на приједлоге и иницијативе, с обзиром да ФЗО РС у том погледу нема никакве надлежности. Крајем 2011. године Управни одбор ФЗО је усвојио Програм мјера за превазилажење финансијских проблема, којим је, између осталог, предложено увођење додатних извора финансирања као што је то урађено у Словенији и Хрватској. С истим циљем је у септембру 2012. године усвојена Анализа одрживости финансирања обавезног здравственог осигурања, којом је код Владе РС поново актуелизован приједлог за увођење додатних извора финансирања и указано на могуће рационализације трошкова унутар здравственог система, али су активности на реализацији тих приједлога започеле тек у 2013. години.

О степену остварења постављеног циља у контексту очекиваног раста прихода и усаглашености прихода и трошкова, говорено је у претходним поглављима. Из података приказаних у табели бр. 19 могуће је видјети да је постављени циљ остварен у 2009. и 2011. години, док је у 2010. години приход био мањи у односу на претходну годину, а у 2012. години је остварен раст од свега 0,85 %.

Што се тиче управљања трошковима, у протеклом средњорочном периоду је постигнуто низ позитивних резултата, без којих би финансијска ситуација у ФЗО била знатно неповољнија. У наставку слиједи опис неких најзначајних резултата у вези с тим:

➤ **Смањена је цијена лијекова и постигнуто да су лијекови у РС и до 50 % јефтинији него у Федерацији БиХ.** Овај резултат је постигнут увођењем референтне цијене за лијекове на рецепт и централизовањем јавних набавки лијекова које користе здравствене установе. Поред овога, мјерама контроле је постигнута знатна рационализација прописивачке праксе, тако да љекари у РС у просјеку прописују најмањи број рецепата, чак и у односу на земље с приближно истим бројем лијекова заступљених на листама (Кантон Тузла и Србија). Међутим, и поред знатног снижења цијене лијекова који се издају на рецепт и рационализације прописивачке праксе, све здравствене установе имају прекорачење трошкова за лијекове, што упућује на закључак да су планирана средства за лијекове недовољна, али и да још има резерви у погледу рационализације прописивачке праксе.

Табела 20. Упоредни подаци о прописивачкој пракси

	Република Српска	Србија	Хрватска	Кантон Тузла
Број становника	1.200.000	7.120.666	4.290.612	499.221
Број рецепата	6.191.166	55.000.000	50.239.062	2.556.079
Просјечан број прописаних рецепата по глави становника	5,16	7,72	11,71	5,12
Просјечан трошак за лијекове на рецепт по глави становника	56,32 KM	57,20 KM	182,94 KM	75,66 KM
Учешће трошкова за лијекове на рецепт у укупним трошковима здравствене заштите	14,58%	13,72%	17,49%	27,53%

➤ **Број пацијената који се лијече изван РС је знатно смањен.** Број упућених пацијената на лијечење изван РС у односу на 2005. годину је смањен за више од 70 %, а учешће ових трошкова у укупним трошковима здравствене заштите је смањено са 11 % у 2005. години, на 3,79 % у 2012. години и поред знатног повећања цијене услуга током цијелог средњорочног периода.

Табела 21. Трошкови лијечења изван РС

Година	Трошак лијечења изван РС	Учешће у укупним трошковима
2009.	24.066.510 KM	6,03 %
2010.	23.524.958 KM	4,36 %
2011.	21.617.713 KM	3,96 %
2012.	21.274.557 KM	3,79 %

➤ **Извршена је знатнија алокација трошкова са скупље болничке, на јефттинији примарни ниво здравствене заштите.** Учешће трошкова примарне здравствене заштите у укупним трошковима здравствене заштите повећано је са 24 % у 2009. години, на око 37 % у 2012. години, уз пропорционално смањење учешћа трошкова болничке здравствене заштите, што је у складу са стратешким опредјељењима и препорукама. Овај резултат је постигнут оспособљавањем примарне здравствене заштите да пружа већи број и шири спектар услуга, као и другачијим начином организовања дијела консултативно-специјалистичке здравствене заштите (КСЗ) која је сада орјентисана према примарној здравственој заштити од које се очекује да постигне да више од 80 % потреба становништва буде завршено на том нивоу здравствене заштите.

Табела 22. Алокација трошкова са скупљег болничко на ПЗЗ

Година	ПЗЗ	Болнице
2009.	24,00 %	76,00 %
2012.	36,85 %	63,15 %

➤ **С циљем смањења трошкова, урађена је нова методологија одређивања цијене медицинских средстава.** Нова методологија подразумијева поређење цијена истог помагала у Републици Српској са цијенама у Хрватској и Србији. Основ за одређивање цијене помагала је најнижа упоредна цијена,¹² односно најнижа цијена на тржишту БиХ, уколико не буде могуће на хрватској и србијанској листи пронаћи исто помагало.

2.3.2. Доступност здравственог осигурања

Унапређење доступности здравственог осигурања подразумијевало је неколико аспеката: повећање броја становништва обухваћеног обавезним здравственим осигурањем, побољшање доступности услуга ФЗО и побољшање обавијештености осигураника о правима из здравственог осигурања.

Иако није постигнута планирана динамика повећања броја осигураних лица од 5 % на годишњем нивоу, није занемариво смањење процента неосигураних грађана, о чему је детаљно говорено у оквиру поглавља 2.1.2. У овом контексту треба споменути и напредак у вези с рјешавањем проблема здравственог осигурања пољопривредника, којима је у протеклом средњорочном периоду кроз измјене Закона о доприносима омогућено да стекну статус осигураних лица.¹³

С аспекта интереса грађана, напредак у погледу доступности здравственог осигурања је постигнут и тиме што је појединим категоријама омогућена перманентна овјера здравствене књижице, чак и без уплаћеног доприноса (дјеца, стара лица, труднице, нека хронична обољења).

Побољшање доступности здравственог осигурања, укључујући и доступност права из здравственог осигурања, постигнуто је поједностављењем низа процедура. Сет мјера у оквиру овог циља требало је да обезбиједи то да здравствена књижица вриједи на цијелом простору Републике Српске, а не само у мјесту гдје је осигурано

¹² У случају да најнижа упоредна цијена буде у Хрватској или Србији, код првог одређивања цијене основ (најнижа упоредна цијена) ће бити умањен за 10 %.

¹³ Прије измјена Закона о доприносима пољопривредници су могли да уплаћују допринос на основу разрезаног катастарског прихода. Међутим, како у већини општина то није урађено, практично је било немогуће да пољопривредник уплати допринос и тако стекне право на овјеру здравствене књижице. Позитивна промјена је наступила када је Законом о доприносима прописана основица за обрачун доприноса која произлази из просјечне плате исплаћене у РС.

лице пријављено на здравствено осигурање, да у пракси потпуно заживи начело једнакости, као и то да буде смањено неформално плаћање за услуге које обухвата пакет права из здравственог осигурања. У вези с овим су у току средњорочног периода постигнути значајни резултати који су приказани у табели 26.

Табела 23. Унапређење доступности здравственог осигурања

Област	Стање до 2008.	Стање у периоду 2008/2012
Доступност права на цијелом простору Републике Српске	<ul style="list-style-type: none"> - Остваривање права ограничено само на мјесто пребивалишта; - осигураник не може да подигне лијек у апотеци изван пребивалишта; - уколико носилац осигурања ради изван мјеста пребивалишта, чланови породице могу да се лијече само у мјесту гдје осигураник ради; - здравствена књижица се овјерава само у мјесту пребивалишта; 	<ul style="list-style-type: none"> - Осигурана лица имају право на избор доктора и здравствене установе и изван мјеста пребивалишта; - Лијек се може подићи у било којој апотеци са којом Фонд има уговор; - Право на здравствену заштиту није условљено мјестом гдје ради носилац осигурања, већ мјестом гдје се осигурано лице на основу личног избора регистровало у ТПМ; - Здравствена књижица се може овјерити у било којој пословници Фонда;
Здравствена заштита у општинама које немају болницу	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - Преко 60 % осигураних лица плаћа комерцијалну цијену специјалистичких прегледа 	<ul style="list-style-type: none"> - КСЗ организована на нови начин (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 прописану партиципацију у износу, а они који су ослобођени партиципације, не плаћају ништа); - Знатно смањено плаћање услуга из пакета обавезног здравственог осигурања
Лабораторијска дијагностика у дому здравља	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - У дому здравља се уз овјерену књижицу могу да ураде све важније 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

Област	Стање до 2008.	Стање у периоду 2008/2012
Здравствена заштита изван Републике Српске	<ul style="list-style-type: none"> - Пацијенти сами заказују пријем у болницу; - Због административних баријера често су принуђени да се више пута враћају у Републику Српску да би исправили административне погрешке на упутницама за лијечење; 	<ul style="list-style-type: none"> - Фонд организовао сервисну службу за потребе ових пацијената; служба заказује пријем у болницу и пацијентима рјешава евентуалне административне проблеме; - Уведен инфо телефон за осигуранике који се лијече изван РС; - пацијентима омогућено да бирају болницу у којој желе да се лијече изван РС (избор између болница с којима ФЗО има закључен уговор); - омогућено лијечење изван РС и за услуге које раде наше болнице, уз већу партиципацију
Здравствена заштита у приватним здравственим установама	<ul style="list-style-type: none"> - Фонд има уговор само са 2 приватне установе које пружају услуге здравствене заштите и са 5 апотека; - Са приватним апотекама потписује се уговор само у случају да на неком подручју нема јавне установе; 	<ul style="list-style-type: none"> - Фонд има уговоре са 84 приватне здравствене установе чије су услуге осигураним лицима доступне под истим условима као и у јавном сектору; - Потписан уговор са преко 200 приватних апотека

У протеклом средњорочном периоду је постигнут значајан напредак и код доступности информација из обавезног здравственог осигурања. Резултати су постигнути увођењем неколико инфо телефона, штампањем и дистрибуцијом информативних летака и пригодних брошура, повећаном заступљеношћу тема из здравственог осигурања у медијима, унапређењем интернет презентације ФЗО РС. Знатан напредак у овој области је постигнут и организовањем Службе за заштиту права осигураних лица, као и организовањем едукативних састанака с удружењима грађана. Састанци су одржани с готово свим општинским удружењима пензионера, бројним борачким удружењима, те удружењима инвалида и пацијената с хроничном болешћу.

Што се тиче заступљености у медијима, ФЗО РС је био најзаступљенија институција из области здравства, с просјечно 1,5 објављених информација дневно. У вези с овим треба рећи да је преко 90 % свих објављених информација било афирмативног карактера или у функцији приближавања информација из обавезног здравственог осигурања корисницима услуга ФЗО.

2.3.3. Доступност здравствене заштите

Циљ да буде побољшана доступност здравствене заштите, између осталог, подразумијевао је да буде побољшано стање у областима које су осигураници оцјењивали с најлошијим оцјенама, а то су консултативно-специјалистичка

здравствена заштита и поједине врсте дијагностике. Крајњи резултат требало је да буде повећано задовољство грађана здравственом заштитом.

Побољшање доступности КСЗ-а је наступило 2010. године када је почела реализација пројекта «Унапређење доступности консултативно-специјалистичке здравствене заштите», којим је било обухваћено 12 специјалистичких области.¹⁴ Доступност овог вида здравствене заштите је побољшана укључивањем око 40 приватних здравствених установа, а конкретна манифестација побољшане доступности се огледа у знатном скраћењу рока чекања на специјалистички преглед, организовању посјета специјалиста у домовима здравља како би пацијенти мање путовали и у смањењу неформалног плаћања специјалистичких услуга. Поред побољшања за пацијента, пројекат је подразумејвао и конкретну корист за породичне докторе (директан контакт са специјалистом консултантом; смањење упутница уопште, а посебно за више нивое здравствене заштите), као и то да болнице буду растерећене услуга које не припадају њиховој основној функцији. Посматрано с аспекта тих циљева, нови начин организовања КСЗ је требало да буде механизам помоћу кога ће примарна здравствена заштита постићи циљ да ријеша минимално 80 % свих здравствених потреба становништва.

Резултати анкете, коју је ФЗО РС урадио у 2012. години на узорку од 2500 пацијената и с 400 доктора и исто толико медицинских сестара, показују да су готово сва очекивања остварена, као и крајњи циљ – повећано задовољство осигураника.

Неки од резултата ове анкете приказани су у табели 27.

¹⁴ Интерна медицина, кардиологија, урологија, неурологија, пнеумофтизиологија, општа хирургија, ортопедија, ОРЛ, офталмологија, дерматовенерологија, педијатрија и гинекологија. Код педијатрије и гинекологије су накнадно извршене додатне промјене у смислу да је за дјецу до 6 година омогућен директан приступ педијатру, а женама изнад 15 година живота гинекологу.

Табела 24. Резултати анкете о задовољству доступношћу КСЗ

Очекивање	Резултат
Боља географска доступност (пацијент мање путује до специјалисте)	93 % анкетираних сматра да је побољшана географска доступност КСЗ (66% потпуно; 27% у већини КСЗ области); 7 % анкетираних не види побољшање
Скраћено чекање на преглед	91 % анкетираних одговорило потврдно 9 % анкетираних не види побољшање
Смањити плаћање из властитог џепа	93 % анкетираних одговорило потврдно 7 % анкетираних не види побољшање
Смањити потребу упућивања у болницу	Само 10 до 20 % упућених пацијената специјалистима консултантима из приватног сектора буде упућено на више нивое здравствене заштите,
Поједноставити процедуру доласка до специјалисте	72 % анкетираних је изјавило да сада знатно једноставније долазе до специјалисте, између осталог због тога што им преглед закузује тим породичне медицине код кога су регистровани
Повећати проценат задовољних осигураника	91 % анкетираних је задовољно новим начином организовања КСЗ-а (раније је број задовољних био испод 50 %)

Резултати који су приказани у претходној табели се односе на цијелу Републику, као и на КСЗ у јавном и приватном сектору. Ако се посматрају одговори пацијената према регијама, уочава се мањи степен задовољства пацијената на подручју које гравитира болници Касиндо. Такође, више од просјечног броја незадовољних има и код КЦ Бања Лука, те на подручју Мркоњић Града, Фоче и Лопара чему би требало посветити више пажње у наредном периоду.

У вези с побољшањем доступности КСЗ-а треба рећи и то да нису постигнута очекивања да специјалисти препоручују генерички назив лијека, чиме је требало помоћи породичним докторима да постигну мање трошкове за лијекове на рецепт.

Знатно је побољшана доступност педијатрије и гинекологије на начин да је дјечи до 6 година и женама преко 15 година омогућен директан приступ педијатру, односно гинекологу, као и избор ових специјалиста. Побољшању доступности овог вида здравствене заштите допринијело је и укључивање приватних здравствених установа.

Кад је ријеч о дијагностици, у протеклом средњорочном периоду је постигнут видан напредак код скраћења чекања на МР и КТ, као и код побољшања доступности лабораторијске дијагностике на примарном нивоу здравствене заштите.

Побољшање код МР и КТ дијагностике је постигнуто централизациом наручивања пацијената чиме је, као и укључивањем приватних здравствених установа, постигнуто да чекање на МР буде знатно скраћено. Новим начином заказивања на ову дијагностику нарочито су задовољни тимови породичне медицине. Што се тиче дужине чекања на ову дијагностику, од 2012. године је евидентно продужење рока чекања што је последица недостатка новца (краће чекање подразумијева већи број услуга, а тиме и трошкова), али су и поред тога рокови чекања знатно краћи него на почетку средњорочног периода.

Побољшање код лабораторијске дијагностике је постигнуто проширењем услуга које је могуће уговорати с примарним нивоом здравствене заштите. Овом формалном промјеном у Номенклатури услуга, с аспекта пацијента постигнуто је да може да добије већи број услуга у мјесту у коме живи, без додатних трошкова одласка у болницу и без губљења времена; с аспекта породичног доктора овом промјеном је, такође, обезбијеђен механизам који може допринијети постизању циља да већина потреба регистроване популације буде завршена без упућивања у болницу; с аспекта Фонда омогућена је алокација трошкова на јефтинији примарни ниво здравствене заштите.

Побољшање доступности терцијарне здравствене заштите илуструје податак о смањењу броја пацијената који се упућују на лијечење изван РС (преко 70 %). Постизању овог циља допринијело је опремање болница и едукација здравственог кадра, изградња инфраструктуре примјеном модела јавно-приватног партнерства (Центар за радиотерапију), те ангажовање стручњака из иностранства да услуге које се не раде само због недостатка стручног кадра, раде у домаћим болницама.

Централизовано снабдјевање здравствених установа у току средњорочног периода је додатно унапријеђено и постигнут је циљ да здравствене установе буду континуирано снабдјевене лијековима, санитетским и другим медицинским материјалом, чиме је готово је потпуно елиминисана појава да осигурана лица плаћају из властитог џепа оно што би требало да добију у здравственој установи. Међутим, извјесна погоршања у овом сегменту упућују на потребу даљег унапређења јавних набавки, прије свега у домену планирања, прецизнијег дефинисања обавеза добављача и уопште одговорности свих учесника у систему централизованих јавних набавки.

Поједностављење административних процедура, такође је било у функцији побољшања доступности здравствене заштите. У том сегменту су урађена бројна поједностављења као нпр. могућност прописивања тромјесечне количине лијека и појединих медицинских средстава; први контролни преглед без упутнице; увођење интерне упутнице за услуге КСЗ-а и дијагностике у болницама; једноставнији начин остварења права на лијечење изван РС и за вријеме привременог боравка у иностранству итд.

2.3.4. Уговарање и плаћање услуга здравствене заштите

Стратешки циљ који се односи на област уговарања и плаћања услуга здравствене заштите, подразумијевао је три аспекта: профилисање Фонда као стратешког купца услуга, увођење нових модела плаћања услуга и успостављање протокола за заједничке базе података и мреже.

Профилисање ФЗО РС као стратешког купца услуга, прије свега је подразумијевало промјену става према улози приватног сектора у здравственом систему, те у том контексту повећање броја закључених уговора с приватним здравственим установама у сврху постизања општих циљева у вези с побољшањем доступности услуга и рационализациом трошкова. У протеклом средњорочном периоду овај циљ је у знатној мјери остварен, а приватне здравствене установе с којима је закључен уговор, потпуно су интегрисане у здравствени систем. Потпуно интегрисање у здравствени систем, прије свега, подразумијева закључивање уговора на основу идентичних критеријума и примјену истих правила и стандарда за пацијенте у државној и приватној здравственој установи. Крајем 2011. године овај принцип је нарушен у области КСЗ-а, с обзиром да је с приватним здравственим установама задржан буџетски модел финансирања, док је за КСЗ коју пружају болнице уведено плаћање по услузи (модел 2).

Промјене у вези с бројем закључених уговора с приватним здравственим установама (без апотека) приказане су у табели 28.

Табела 25. Промјене броја закључених уговора с приватним здравственим установама

Година	Област здравствене заштите				Укупно
	Породична медицина	Офталмологија и вантјелесна оплодња	Дијагностика	КСЗ	
до 30.6. 2010.	7	4	0	0	11
2011.	7	4	5	44	60
2012.	11	4	5	64	84

Нови модел плаћања је реализован у оквиру болничких услуга почетком 2011. године. Уведен је комбиновани модел плаћања: ДТС плаћање акутног болничког лијечења, плаћање по јединичним цијенама (дијагностика и КСЗ) и буџетски модел за услуге нуклеарне медицине. Почетак примјене новог модела плаћања болничких услуга је био праћен проблемима у вези с груписањем услуга, што је дијелом превазиђено инсталисањем DRG групера, едукацијом особља и побољшаном контролом. Крајњи циљ преласка на нови модел плаћања болничких услуга требало

би да буде правичнија расподјела расположивог новца према резултатима рада, што би само по себи требало да допринесе повећању ефикасности и квалитета здравствене услуге. Условно негативан ефекат новог модела плаћања односи се на болнице које се налазе у слабо насељеним подручјима, које са постојећом организацијом објективно не могу да обезбиједу оптималан број услуга за одрживо финансирање, што ће бити један од изазова у наредном средњорочном периоду.

Крај претходног средњорочног периода обиљежиле су и почетне активности у вези с промјеном модела уговарања и плаћања примарне здравствене заштите. Планиране промјене су фокусиране на довођење тимова породичне медицине у позицију да могу закључивати уговор с Фондом и располагати буџетом за здравствену заштиту регистроване популације, уз очување основних функција дома здравља у вези с организовањем примарне здравствене заштите на локалном нивоу. У вези с припремама за промјене модела плаћања у ПЗЗ, а с циљем постизања праведније расподјеле новца према специфичностима регистроване популације, започета је и реализација пилот пројекта којим ће бити тестирана примјена АСГ модела плаћања услуга породичне медицине у два дома здравља.

Е-здравство, односно изградња јединственог информационог система у здравству РС, је стратешки пројекат у оквиру здравственог система РС, који је био обухваћен и Стратешким планом ФЗО. Реализација овог пројекта, чији је носилац МЗСЗ, је у фази примјене електронске провјере статуса осигурања и електронског рецепта у домовима здравља бањалучке регије. Иначе, у базу података је укључено преко милион лица, а динамика имплементације е-рецепта је условљена оспособљавањем апотека за прелазак на рад с е-рецептом, као и финансијским могућностима.

Промјене модела плаћања биле су праћене адекватним промјенама критеријума уговарања здравствене заштите.

У оквиру стратешког циља унапређења модела уговарања и финансирања, било је планирано да уговорима са здравственим установама буду стимулирани ефикасност и квалитет. У оквиру тога у протеклом средњорочном периоду су дефинисани индикатори за мјерење успјешности здравствених установа, али није развијен капацитет за оцјену ефикасности и квалитета на бази утврђених индикатора. Резултати пилот пројекта тестирања АСГ модела плаћања услуга породичне медицине, могли би да помогну реализацији овог специфичног циља, с тим да треба нагласити да су недовољна финансијска средства лимит за веће искораке у овој области.

2.3.5. Ефикасност и модернизација ФЗО РС

Бројне активности које су планиране у оквиру овог циља, требало је да допринесу изградњи ФЗО РС као ефикасног сервиса осигураних лица. Постизање циља требало је да обезбиједу ефикаснија организација ФЗО, стандардизација пословних процеса, побољшање старосне и квалификационе структуре запослених, унапређење пословног информационог система, побољшање односа према клијенту, те унапређење јавности рада.

Унапређење организације ФЗО РС се огледа у централизацији већине функција ради обезбјеђења веће ефикасности и уједначавања праксе, с једне стране и децентрализацији услуга ради повећања њихове доступности клијентима Фонда, с друге стране. Ове промјене су биле праћене адекватним прилагођавањима у пословном информационом систему. Крајњи ефекат ових активности, поред унапређења ефикасности рада Фонда је то да је и у пракси постигнуто да здравствена књижица једнако вриједи на цијелом простору РС. Овим је превазиђено стање када су права осигураника ограничавана подручјима филијала што је угрожавало једнакост осигураних лица, једно од основних начела здравственог осигурања.

Стандардизација пословних процеса, подразумијевала је увођење ISSO стандарда, што није реализовано усљед недостатка новца. Међутим, у току средњорочног периода извршена је стандардизација послова јавних набавки, стандардизација пословне комуникације и стандардизација израде пословних дописа, информација, анализа и извјештаја.

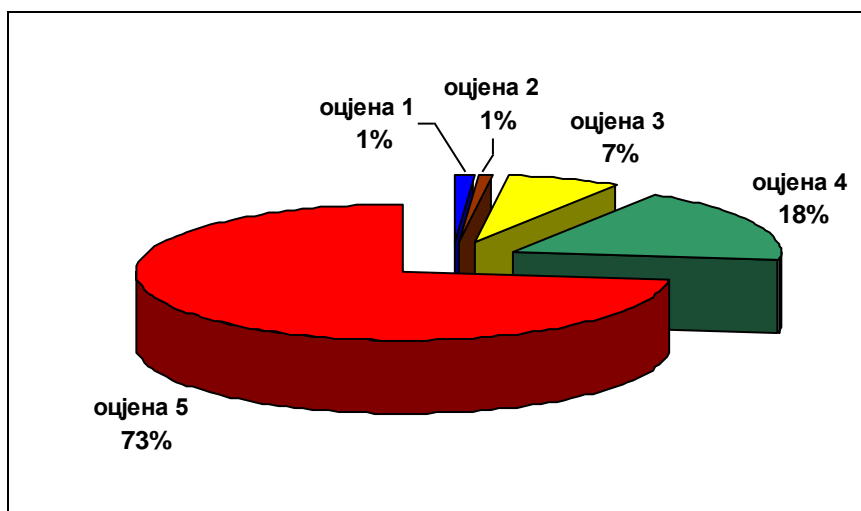
Побољшање структуре запослених је постигнуто повећањем удјела радника с високом стручном спремом и смањењем удјела радника с преко 30 година радног стажа. У току средњорочног периода, учешће радника млађих од 40 година живота је повећано за 4 процентна поена, а радника с високом школском спремом за 20 % у односу на 2008. годину. Повећање заступљености радника с високом стручном спремом било је у вези и с увођењем нових функција као што су развој, контрола, јавне набавке, те с развојним потребама пословног информационог система.

Унапређење пословног информационог система карактерише реализација већине планираних активности за протекли средњорочни период. Постављена је квалитетна хардверска основа и добра комуникациона инфраструктура; иновирани су структурне каблаже за LAN мрежу у свим територијалним организационим јединицама; извршена је реконструкција телефоније уз набавку нове телефонске централе; инсталисан је терминал и урађен WEB сервис за подршку комуникацији с Пореском управом; извршено је повезивање са здравственим установама коришћењем VPN технологије; имплементиран је софтверски програм за груписање болничких услуга према AR DRG правилима; постављена је WEB апликација за унос података о пруженим услугама КСЗ-а; запосчето је с реализацијом пројекта технолошког унапређења ПИС-а.

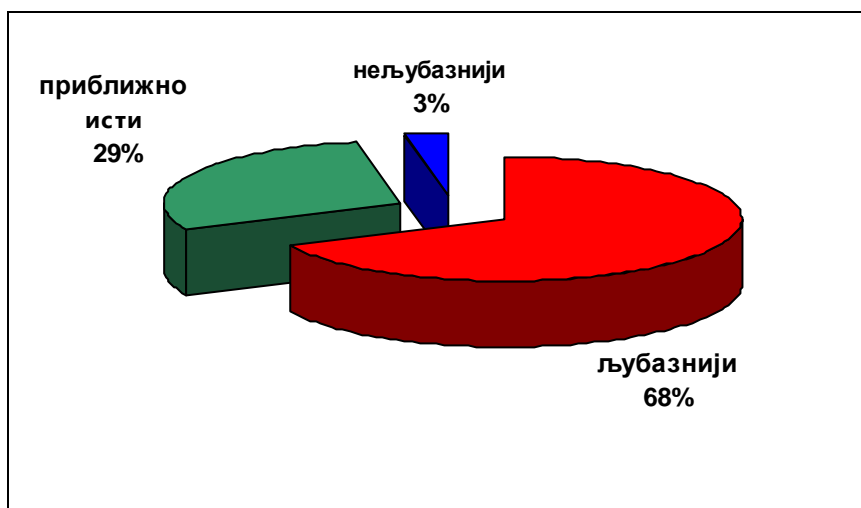
Побољшање односа према клијенту је била континуирана активност у току цијелог средњорочног периода. Од конкретних активности у вези с овим циљем, реализован је пројекат обуке запослених о стандардима пословне комуникације; спроведен је мониторинг «методом тајног клијента» који је омогућио да буду евидентиране слабе тачке; урађени су стандарди пословне комуникације и сваки радник ФЗО је био обавезан да потпише изјаву да је упознат са својим обавезама у односу с клијентима. Спроведене активности су дале резултат што се види из резултата анкете с клијентима, који су приказани у графиконима 8 и 9.¹⁵

¹⁵ Подаци се односе на узорак од 500 осигураних лица, а резултат су анкете спроведене у току 2011. године

Графикон 7. Како осигураници оцјењују љубазност радника ФЗО?



Графикон 8. Поређење љубазности радника ФЗО са запосленим у другим јавним службама



Унапређење јавности рада ФЗО РС је циљ у оквиру кога су постигнути сви планирани резултати. Између осталог, обезбјеђена је потпуна примјена Закона о слободи приступа информацијама, с тим да је просјечно вријеме чекања на информацију било знатно испод прописаних 15 дана, јер је више од 70 % захтјева за приступ информацијама реализовано у року од два дана. Знатно су проширени извори информација на начин да су све битне информације доступне на интернет страници ФЗО, да је уведено неколико инфо телефона, да су осигураницима доступни телефонски бројеви 54 заштитника права, да су код сваке значајније промјене у општим актима ФЗО дистрибуирани пригодни информативни леци итд.

У оквиру овог циља у протеклом средњорочном периоду је рађено и на унапређењу интерног информисања. У вези с тим су урађени и стандарди интерног информисања, а крајњи циљ је да се знатније смањи заступљеност неформалног информисања, да боља информисаност допринесе повећању ефикасности рада, да сваки радник ФЗО буде извор прецизних и тачних информација клијентима ФЗО. С

истим циљем је покренуто и интерно електронско гласило које излази једном мјесечно.

Главна служба за ревизију јавног сектора у току средњорочног периода је обавила укупно четири ревизије извјештаја о финансијском пословању Фонда и том приликом за пословање у двије године изразила је мишљење с резервом, за једну годину позитивно и за једну негативно мишљење:

- 2008. године није било екстерне ревизије извјештаја о финансијском пословању;
- 2009. године мишљење с резервом;
- 2010. године мишљење с резервом;
- 2011. године позитивно мишљење
- 2012. године негативно мишљење

Препоруке Главне службе за ревизију јавног сектора, које су произашле из изражене резерве према појединим сегментима пословања ФЗО, односе се на следеће:

За 2009. годину:

- ускладити интерне прописе са Законом;
- увести квалитетну контролу ради обезбјеђења досљедне примјене Закона о јавним набавкама;
- финансијским планом дефинисати начин измирења обавеза из ранијег периода и начин покрића кумулираног дефицита;
- повећање личних примања ограничити на проценат повећања прихода;
- трошкове мобилних телефона свести на најмањи могући ниво;
- извршити измјене и допуне Правилника о принципима, условима, критеријумима и мјерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга или донијети други пропис ради реалног приказивања трошкова здравствене заштите уз рационално коришћење средстава;
- преиспитати и документовати стање залиха цитостатика и утврдити ефекте централизованих јавних набавки;
- пословне односе са здравственим установама и кредитну задуженост свести у законске оквире;
- у сарадњи с ресорним министарством и Владом утврдити начин покрића постојећег дефицита;
- утврдити ризике који су утицали на лоше планирање и неплански одлив средстава и успоставити адекватне контроле како би планска функција остварила и улогу управљања средствима;

За 2010. годину:

- обезбиједити квалитетнију контролу у оквиру јавних набавки и то прије закључивања уговора како би се обезбиједила потпуна примјена Закона о јавним набавкама и спријечили трошкови изнад планираних;
- дефинисати мјере за отклањање узрока који су довели до кумулирања дефицита; уколико проблем дефицита није могуће ријешити властитим средствима, уз аргументоване доказе о томе обавијестити Владу РС;
- донијети акт којим ће бити дефинисан начин вредновања плана рада здравствених установа које се буџетски финансирају и начин вредновања извршења плана како би била обезбијеђена упоредивост; дефинисати начин евидентирања додатних средстава која нису везана за извршење;
- увести детаљније анализе које ће бити основ за континуирану контролу залиха лијекова и медицинског материјала;

За 2011. годину:

- у оквиру финансијског плана у свакој фискалној години планирати одливе на име измирења дугорочних кредита и тиме створити услове да се отплатом дугорочних кредита покрије текући дефицит;
- урадити анализу оправданости закључивања посебних уговора са здравственим установама за КСЗ на дужи период (препука дата ради процјене смањења режијских и других трошкова у зависности од дужине периода на који је закључен уговор);
- детаљно анализирати све супсидијарне споразуме закључене у 2011. години (препука заснована на процјени могућих негативних ефеката на пословање ФЗО);¹⁶
- дугорочне обавезе које доспијевају у наредној години класификовати на дан биланса стања као краткорочне;

За 2012. годину:

- да се пријем запослених у Фонду врши у складу са Законом о раду, уз претходну сагласност Министарства здравља и социјалне заштите;
- да се у свим процесима рада успостави одговарајући систем надзора и интерних контрола;
- да се изврши правилна класификација трошкова здравствене заштите;
- да се изврши евиденција потраживања од Фонда ПИО;
- да се исплата средстава појединцима и удружењима ван Фонда усклади са законском регулативом;
- да се средства за побољшање услова рада у здравству и средства за провођење реформи у здравственом сектору ускладе са законским обавезама Фонда по основу финансирања здравствене заштите осигураних лица;

¹⁶ У ревизорском извјештају је указано на неповољан утицај обавезујућих прописа вишег нивоа власти, као што су Буџет РС, којим су планирана мања средства за здравствено осигурање незапослених лица него што би требало према Закону о доприносима; Уредба о допуни Уредбе о индиректном задуживању РС за рачун фондова и јавних здравствених установа, према којој ризик немогућности здравствених установа да измире обавезе пада на терет Фонда, без инструмената који би штитили интересе Фонда; Одлука Владе о наплати доприноса у акцијама, чија је фер вриједност знатно мања од номиналне вриједности по којој је извршена наплата доприноса. У извјештају је наведено да наведене околности на које ФЗО РС не може утицати, отежавају обављање дјелатности и неповољно утичу на пословање Фонда.

- да се дефинише динамика и начин затварања претплата по основу уговора о пружању здравствених услуга;
- да се усклади законска и подзаконска регулатива којом ће се прецизније дефинисати сви критеријуми централизоване јавне набавке;
- да се континуирано врши контрола стања залиха цитостатика и скувих лијекова, те реализација испоруке уговорених набавки лијекова до крајњих корисника;
- да се осигура боља међусекторска сарадња унутар ФЗО ради могућности континуираног праћења реализације набавки;

2.4. Закључна оцјена реализације стратешких циљева за период 2008-2013. године

Закључна оцјена реализације стратешких циљева протеклог средњорочног периода изведена је из претходне анализе и дата је описно: «недовољно», «дјеломично» и «у великој мјери». Код закључне оцјене у обзир су узети и постигнути резултати, а не само степен реализације планираних активности, што оцјену чини лошијом, али и објективнијом. Такође, за сваки индикатор на основу којег је вршено оцјењивање, дат је коментар који је највише фокусиран на уочавање тачака које могу допринијети реалном планирању циљева и активности за наредни средњорочни период.

На основу закључних оцјена датих у табели 29, могуће је закључити да се лошије оцјене односе на сегменте у којима ФЗО РС нема директну надлежност те су су планиране активности подразумијевале покретање иницијатива и давање приједлога надлежним институцијама.

Табела 26. Закључна оцјена реализације стратешких циљева за раздобље 2008-2013.

Индикатори		Оцјена	Коментар
Стратешки циљ 1: Усаглашени приходи и трошкови ФЗО РС	укупни приходи	недовољно	Није остварен планирани просјечни раст прихода од 10 % годишње. Погоршање након 2009. године услед погоршања структуре осигураника, повећања броја осигураних лица за која се нередовно плаћа допринос и смањења стопе доприноса нарочито код пензионера; Отежавајућа околност: Фонд нема конкретну надлежност у оквиру које би могао утицати на рјешавање проблема. Позитивно: Фонд урадио приједлог за увођење додатних извора финансирања; почела реализација приједлога мјера;
	укупни трошкови	дјеломично	Зауостављен раст појединих трошкова; постигнут напредак код алокације трошкова и смањења цијене лијекова и услуга; нису искоришћене све могућности рационализације трошкова, нарочито трошкова који настају у здравственим установама;

Индикатори		Оцјена	Коментар
	усаглашеност прихода и трошкова	недовољно	У три године средњорочног периода расходи здравственог осигурања су били већи од оствареног прихода; наметнути трошкови који нису покривени приходом (посебне популационе групе); инсистирање на задржавању пакета права без обзира на пад прихода; споро напуштање праксе финансирања здравствене установе, умјесто здравствене услуге (додатна средства која не произлазе из доказивих трошкова здравствене заштите);
	укупне неизмирене обавезе	недовољно	Неизмирене обавезе нису смањене; Негативан утицај на одрживо финансирање оптималних потреба за здравственом заштитом због тога што дио текућег прихода иде за отплату дуга;
	структура осигураника	недовољно	Због смањења учешћа запослених, а повећања укупног учешћа пензионера и незапослених, знатно погоршана структура осигураника са изразито лошим утицајем на приходе ФЗО; изражено лоша подјела ризика здравственог осигурања између појединих категорија осигураника;
	однос болничких и трошкова ПЗЗ	у великој мјери	Постигнут стратешки циљ да учешће болничких трошкова буде сведено на око 60 % укупних трошкова здр. заштите; позитиван ефекат се огледа кроз усмјеравање трошкова на «јефтиније» нивое здравствене заштите;
	цијена лијекова	дјеломично	Постигнуто да цијена лијекова буде знатно нижа него у Федерацији БиХ, у појединим случајевима и до 50 %; међутим, цијена појединих лијекова је знатно виша него у земљама региона због непостојања ограничавајућег механизма на нивоу БиХ

Индикатори		Оцјена	Коментар
	прописивачка пракса	дјеломично	Мјерама контроле прописивачке праксе постигнуто да се у РС прописује најмањи број рецепата по глави становника у односу на друге земље у региону; анализе показују да ипак има простора за додатну рационализацију прописивачке праксе (анализа у оквиру пилот пројекта едукације тимова породичне медицине за рационалније прописивање)
	цијена медицинских средстава	дјеломично	Уведен упоредни метод одређивања цијене који би требало да обезбиједи да медицинска средства у РС буду јефтинија него у Хрватској и Србији;
	трошкови накнаде за боловање	недовољно	Енорман раст трошкова због скраћења периода боловања када накнада плате иде на терет послодавца, без обезбјеђења додатног прихода; у овом погледу послодавци у РС су мање оптерећени него послодавци у другим земљама региона; Негативан утицај на повећање неизмирених обавеза; немогућност «пребијања» међусобних потраживања;
	трошкови за неосигурана лица	недовољно	Негативан утицај на усаглашеност прихода и трошкова здравственог осигурања због недефинисаних извора финансирања обавезне здравствене заштите неосигураних лица;
	трошкови лијечења изван РС	у великој мјери	Број упућених пацијената смањен за 70 %; знатно смањено учешће ових трошкова у укупним трошковима; проблем: смањење броја упућених је било праћено повећањем цијене услуга у здравственим установама изван РС што је умањило ефекат мањег упућивања;

Индикатори		Оцјена	Коментар
Стратешки циљ 2. Обавезно здравствено осигурање учинити доступним свим грађанима	укупан број активних осигураних лица	дјеломично	Повећан број активних осигураних лица за 43.703 у односу на стање с почетка средњорочног периода али је резултат умањен погоршањем структуре осигураних лица (пораст броја осигураника која имају симболична издвајања за здравствено осигурање; пораст осигураника који имају осигурање без уплаћеног доприноса)
	смањење броја неосигураних	дјеломично	У односу на укупан број регистрованих грађана код ТПМ, проценат неосигураних лица је смањен са 32,5% у 2006. на 18 % у 2012. години. Са аспекта одрживог финансирања, резултат је умањен лошом структуром нових осигураних лица
	однос носилаца осигурања и издржаваних чланова породице	дјеломично	У односу на друге земље региона, превисоко је учешће издржаваних чланова породице у укупном броју осигураних (1:0,60); због негативног утицаја на приход ФЗО потребно је преиспитати овај основ за стицање права осигураног лица.
	побољшање доступности обавезног здравственог осигурања	у великој мјери	постигнут циљ да здравствена књижица једнако вриједи у цијелој РС; Ефекат – знатно веће задовољство осигураних лица због побољшане доступности здравствене заштите
Стратешки циљ 3. Допринијети развоју квалитетне, ефикасне и доступне здравствене заштите	лабораторијска дијагностика	у великој мјери	Већина биохемијских анализа доступна у домовима здравља; Постигнут ефекат да осигураници мање путују и да се не излажу трошковима путовања и да је већи дио потреба за здравственом заштитом могуће завршити код породичног доктора; постигнута препоручена алокација трошкова
	МР и КТ	у великој мјери	Чекање за МР скраћено са 180 на 30 дана, а КТ са 30 на 20 дана; Ефекат: ефикаснија здравствена заштита и веће задовољство пацијената; Проблем: већи трошкови због тога што скраћење рокова утиче на већи број услуга;
	КСЗ	у великој мјери	Знатно побољшана доступност (краће чекање на преглед; мањи трошкови за путовање; елиминисана појава плаћања пуне цијене услуге и др.); Процент задовољних пацијената повећан са 50 % на 90,8 %. У појединим општинама није постигнуто задовољавајуће побољшање чему треба посветити пажњу у наредном периоду

Индикатори		Оцјена	Коментар
	терцијарна здравствена заштита	у великој мјери	Болнице у РС усвојиле преко 400 нових услуга за које више није потребно упућивање пацијената изван РС; Ангажовани стручњаци из иностранства за пружање услуга у нашим болницама што ће допринијети даљем смањењу потреба упућивања пацијената у иностранство; Финансијски ефекат: мања цијена услуга у односу на цијену у иностранству;
	избор доктора и болнице	у великој мјери	Превазиђена пракса ограничавања здравствене заштите мјестом пребивалишта; омогућен избор породичног доктора и болнице у РС;
	хроничне болести	у великој мјери	за двадесетак тежих хроничних болести обезбијеђена 100 одстотна покривеност трошкова лијечења уз неопходне лијекове, дијагностичке и терапијске процедуре; проблем: нису обезбјеђени извори финансирања трошкова неосигураних хроничних болесника који су Законом о здравственој заштити издвојени као посебне групе;
	педијатрија	у великој мјери	Унапређена доступност здравствене заштите дјечи до 6 година на начин што им је омогућен директан приступ педијатру, као и избор педијатра
	гинекологија	у великој мјери	Унапређена доступност здравствене заштите женама преко 15 година на начин што им је омогућен директан приступ гинекологу, као и избор гинеколога; у наредном периоду ову омогућност треба још више искористити нарочито код превенције болести;
	лијекови	у великој мјери	централизованим снабдјевањем обезбијеђено да све здравствене установе у континуитету имају неопходне лијекове; превазиђена пракса да пацијенти морају да купују лијекове за вријеме лежања у болници; обољелима од хемофилије лијек доступан у мјесту пребивалишта и више не морају да долазе у Б. Луку; повећан број лијекова које финансира обавезно здравствено осигурање; Проблем: због стагнације прихода отежано финансирање листи лијекова

Индикатори		Оцјена	Коментар
Стратешки циљ 4. Усавршити принципе уговарања и увести нове механизме плаћања здравствених услуга	Критеријуми и принципи уговарања	у великој мјери	Унапређењем критеријума и принципа уговарања, отклоњена већина проблема из претходног периода; започела пракса избора давалаца услуга на основу јавног позива;
	Уговарање услуга с приватним здравственим установама	у великој мјери	Остварени сви планирани циљеви; примјеном јединствених критеријума приватне здравствене установе потпуно интегрисане у здравствени систем. Ефекат: знатно побољшање доступности здравствене заштите без додатних трошкова; Изазов за наредни период: спријечити нелојалну конкуренцију државном сектору;
	Плаћање болничких услуга	у великој мјери	Уведен нови модел плаћања болничких услуга. Ефекат: омогућена практична примјена права на избор болнице; створене претпоставке за праведнију расподјелу новца према резултатима рада; подстакнуто унапређење ефикасности и квалитета здравствене услуге; Проблем: економска одрживост болница на подручјем с премало становника за одрживо пословање; већи ризик од прекорачења планираних трошкова; Изазов: ефикасна контрола
	Уговарање и плаћање ПЗЗ	дјеломично	Унапређен постојећи модел уговарања; Покренуте почетне активности за промјене уговарања и плаћања ПЗЗ (дефинисање оквира за промјене; пилот пројекат плаћања према АСГ моделу; увођење критеријума за расподјелу додатних средстава); Проблем: Веома изражена уравниловка без развијених индикатора за вредновање квалитета рада;
	Уговорима стимулисати квалитет	недовољно	Дефинисани су индикатори за праћење успјешности рада здравствених установа, укључујући и квалитет, али нису развијени капацитети за примјену индикатора и вредновање успјешности рада;
	Заједничке информационе базе и мреже	у великој мјери	Започела пилот примјена е-здравства (електронска провјера осигурања и е-рецепт) у појединим здравственим установама и апотекама.

Индикатори		Оцјена	Коментар
Стратешки циљ 5. Изградити модеран и ефикасан Фонд здравственог осигурања	Организација	дјеломично	Реализоване промјене организације ФЗО које су омогућиле постизање циља да здравствена књижица једнако вриједи на цијелом простору РС, да буде побољшана ефикасност рада и побољшана доступност услуга ФЗО клијентима и пословним партнерима; Потребно је радити на постизању веће ефикасности у раду Фонда, бољој координацији и већој заступљеносати тимског рада;
	Људски ресурси	дјеломично	Побољшана квалификациона и старосна структура запослених; Започео процес мјерења учинака на истим или сличним пословима у сврху развоја интерног тржишта рада;
	Пословни информациони систем	у великој мјери	Реализоване активности унапређења ПИС-а, планиране за протекили средњорочни период; постављена квалитетна хардверска основа и добра комуникациона инфраструктура; повезивање са здравственим установама VPN технологијом; имплементиран софтверски програм за груписање болничких услуга и др.
	Стандардизација послова	недовољно	Није реализовано планирано увођење ISSO стандарда у рад ФЗО, али су стандардизовани поједини послови и процеси (јавне набавке, пословна комуникација, израда извјештаја и информација)
	Однос према клијенту	дјеломично	Знатно побољшан однос према осигураницима што потврђују резултати спроведених анкета; Има простора за побољшање односа према пословним клијентима
	Јавност рада	у великој мјери	Реализоване све планиране активности; значајно унапређена јавност рада ФЗО, што потврђују и анкете с новинарима; обезбјеђена потпуна примјена Закона о слободи приступа информацијама; стандардизовано интерно информисање; уведено интерно електронско гласило.
	Мишљење Главне службе за ревизију јавног сектора	дјеломично	Ни једном у току средњорочног периода ФЗО није добио негативно мишљење ревизије

3. ПРОЦЈЕНА РАЗВОЈНИХ ПОТРЕБА И РАЗВОЈНИХ МОГУЋНОСТИ У РАЗДОБЉУ 2014-2018.

Према мишљењу Европске комисије, на здравствене потребе и захтјеве, као и на финансијска средства за њихово обезбјеђење, највећи утицај имају:

- старење становништва,
- економска моћ државе, њен раст и развој,
- нова медицинска технологија и њено увођење у праксу,
- организација здравствене службе и њено финансирање,
- дуготрајна њега и други облици здравствене заштите.

Ово поглавље је посвећено процјени развојних потреба и развојних могућности у контексту наведених индикатора.

3.1. Утицај демографских кретања

Прецизнија процјена утицаја демографских кретања на развојене потребе и могућности здравственог осигурања, биће могућа након објављивања коначних података пописа становништва који је обављен у 2013. години. На бази расположивих података и кретања у претходном периоду, у раздобљу 2014-2018. могуће је очекивати наставак негативног тренда из претходног периода, и то:

- пад броја становника,
- пад учешћа становништва млађег од 18 година,
- пад учешћа становника од 18 до 64 године живота,
- раст учешћа становника преко 65 година живота.

Иако кретање демографских показатеља не може бити драматично у кратком временском периоду од 5 година, ипак је, пропорционално демографским промјенама, извјесно повећање броја хроничних болесника, и уопште трошкова здравственог осигурања због повећаног учешћа старог становништва. У вези с овим очекивањима, развојни изазов је ефикасно управљање трошковима лијечења хроничних болесника.

Пораст учешћа старог становништва имаће негативан утицај и на структуру осигурања у смислу повећања осигурања који за здравствено осигурање издвајају мање него што троше за здравствену заштиту.

Развојни изазови у вези с очекиваним демографским промјенама су: адекватна алокација трошкова здравствене заштите и већи степен удруживања ризика здравственог осигурања. Што се тиче алокације средства, првенствено се мисли на потребу већег издвајања за превенцију болести и промоцију здравих стилова живота.

Према подацима о потрошњи лијекова и узроцима боловања, најчешћи здравствени проблеми због којих становништво одлази љекару су: кардио-васкуларне болести, болести пробавног система и метаболизма, болести нервног система, системске инфекције, респираторне болести, малигне болести и болести коштаног-мишићног система. С аспекта трошкова здравственог осигурања, «најскупле» су малигне, кардио-васкуларне, ендокрине болести и болести коштаног-мишићног система.

У наредном средњорочном периоду је реално очекивати повећану потребу за здравственим услугама не само због веће свијести становништва о здрављу и болести и доступности информација о достигнућима код лијечења појединих болести, већ и због погоршања социјалних и економских прилика (негативан утицај економске кризе на здравље становништва).

Раст броја старог становништва утицаће на повећање здравствених потреба на свим нивоима здравствене заштите, а посебно на повећање потреба за лијековима и медицинским помагалима.

У вези с неповољном старосном структуром становништва, а и неповољним економским и социјалним приликама, треба очекивати раст малигнух и кардиоваскуларних обољења, као и раст душевних поремећаја.

Развојни изазов у вези с наведеним очекивањима у вези са здравственим стањем становништва је адекватна превенција болести и промоција здравих стилова живота.

3.2. Утицај економских и друштвених кретања у РС

Пројекција макроекономских кретања у Републици Српској до 2015. године је приказана у табели 30.

Табела 27. Пројекција макроекономских кретања¹⁷

Показатељи	2012.	2013.	2014.	2015.
БДП у милионима КМ номинални	8.710	8.886	9.249	9.747
Број становника у милионима	1,42	1,42	1,41	1,40
БДП по становнику у КМ	6.125	6.274	6.560	6.945
% раста БДП реално	-0,7	0,8	2,5	3,5
Инфлација-годишња стопа	2,1	1,9	2,2	2,4
Просјечне нето плате у КМ	818	832	858	893
Стопа незапослености	25,6	25,5	25,1	24,7

¹⁷ Извор: Економска политика РС за 2013. годину

С аспекта финансирања здравственог осигурања посебну важност имају показатељи о пројекцији просјечне плате, те стопе незапослености. Из табеле 30. може се видјети да се до 2015. године предвиђа успорен раст плата са просјечном годишњом стопом раста од 2,5 %, без значајнијег смањења стопе незапослености.

У нови средњорочни период се улази са смањеним стопама доприноса, са 2 % на 1 % код пензионера и са 12,5 % на 12 % код осталих категорија осигураника.

Позитиван тренд у односу на претходни период треба очекивати код прихода који се остварује од доприноса за здравствено осигурање незапослених лица, гдје је у Буџету предвиђено повећање планираних средстава за 21 милион марака у односу на протекли средњорочни период (50%). Такође, позитивне ефекте треба очекивати и од примјене члана 54. Закона о здравственом осигурању којим је предвиђено да се из Буџета РС надомјесте недостајућа средства за финансирање прописаних права из здравственог осигурања, као и од алокације појединих трошкова који не припадају обавезном здравственом осигурању (унапређење услова рада и реформа у здравственом сектору).

С обзиром на изражен проблем нередовног плаћања доприноса за здравствено осигурања, као и обрачуна доприноса на нереалну основицу, охрабрујућа је констатација у документу Економска политика РС за 2013. годину да ће **«Влада Републике Српске, преко Пореске управе Републике Српске интензивирати активности и инсистирати на контроли правилности и законитости обрачуна бруто плата и примања и њиховој наплати, са циљем да се обрачун и плаћање врши у висини стварно исплаћених бруто плата и примања, како би се максимално смањило број послодаваца који обрачун пореза и доприноса врше на нивоу најнижих плата»**, што је преузето и у Економској политици за 2014. годину, уз додатну конкретизацију. У вези с овим, имало би смисла поново актуелизовати иницијативу ФЗО за одређивање најниже основице за обрачун доприноса код категорија код којих је најизраженија појава приказивања ниже основице у односу на реалну (самостална занимања и др.).

Повећању финансијске дисциплине требало би да допринесе и почетак примјене измјена у Кривичном закону, којима се прописују строже казне у случају избјегавања плаћања доприноса.

У контексту наведених параметара кључни изазови за обезбјеђење одрживог финансирања система здравственог осигурања, односно здравственог система у цјелини су:

- Краткорочна стабилизација финансијске ситуације у ФЗО РС и
- Дугорочна стабилизација финансирања система обавезног здравственог осигурања.

Системски одговори на ове изазове лимитирани су својеврсним парадоксом, који се огледа у томе да ФЗО РС нема никакве ингеренције да стање знатније мијења, а према јавном мњењу носи највећу одговорност за финансијско стање

у здравству. Развојни изазов је како анимирати кључне институције на дефинисању стратегије дугорочније финансијске стабилизације здравственог сектора, уважавајући оптималне здравствене потребе становништва РС.

3.3. Нова медицинска технологија и њено увођење у праксу

У претходном средњорочном периоду су извршена знатна улагања у опремање здравствених установа савременом медицинском технологијом чиме је обезбијеђено увођење преко 400 нових услуга у болнице РС. Директан ефекат улагања у медицинску технологију је смањење броја пацијената који се упућују на лијечење изван РС и то за преко 70 % у односу на 2005. годину.

У првим годинама претходног средњорочног периода релативно повољне економске прилике су искоришћене за оптимизацију пакета права из обавезног здравственог осигурања у РС, чиме је смањено знатно заостајање у односу на садржај и обим права у другим земљама региона. Најбитнија оптимизација права је извршена код лијекова и код лијечења двадесетак хроничних обољења, која су само симболично била обухваћена пакетом права обавезног здравственог осигурања.

Нова медицинска технологија је уведена у здравствени систем РС и примјеном модела јавно-приватног партнерства, дакле без издвајања из јавних средстава. Досадашња примјена ЈПП је доказала његову развојну компоненту – изградња инфраструктуре у условима када јавни сектор не располаже новцем који би могао да буде издвојен у ту сврху. Упечатљив примјер је Центар за радиотерапију, који је изграђен у изузетно неповољној финансијској ситуацији, искључиво новцем приватног партнера.

С обзиром на економске показатеље, окосница наредног средњорочног периода биће како сачувати достигнути садржај и обим права из обавезног здравственог осигурања и не смањивати доступност здравствене услуге. Кључни развојни изазов је како одржати равнотежу између све више нових лијекова и технологија и све старијег становништва, с једне стране и све мање новца с друге стране. Могуће одговоре на овај изазов треба тражити у следећем:

- улагати само у оно што осигуранику заиста треба (став у вези са евентуалним захтјевима за проширење права);
- пакет права ширити само када је то неопходно и када за то постоје финансијски услови;
- континуирано анализирати садржај и обим права и прилагођавати га здравственим приоритетима и расположивом новцу;
- улагати у превенцију и промоцију;
- ефикасније управљати трошковима хроничних болесника;
- утицати на већу продуктивност рада здравствених установа;
- наставити с коришћењем развојних предности ЈПП, нарочито у погледу увођења нових технологија, уз настојање да буде постигнута прихватљива (што нижа) цијена услуге;

3.4. Организација здравствене службе и њено финансирање

Погоршање економских прилика у протеклом периоду није било праћено готово никаквим промјенама у организацији здравствених установа, које се с око 90 % финансирају од новца који добију на основу закљученог уговора с ФЗО РС.

Нови модел финансирања болничких услуга показује да неке болнице не могу да обезбиједи економску одрживост с постојећом организацијом, јер се налазе на подручјима с премало становника за оптималан број услуга. Такође, упитна је и економска одрживост постојеће мреже домова здравља.

Реализација циљева из претходног поглавља, више него у претходном периоду захтјеваће од ФЗО прецизније дефинисање онога шта купује од здравствених установа, уз уважавање прописаних стандарда и норматива. Развојни изазов за организацију здравственог система биће како обезбиједити оптималан број услуга за сваку здравствену установу, како унаприједити ефикасност и продуктивност рада (уз оптимизацију организације и људских ресурса) и како обезбиједити додатне изворе финансирања (недостајућа средства за одрживо пословање).

Развојни изазов за ФЗО је да већим профилисањем своје улоге као стратешког купца и стратешког финансијера здравствених услуга, подстакне активности које ће допринијети оптимизацији организације здравствене службе и повећању ефикасности њеног рада. У вези с тим, и у уговорима би требало јасније нагласити које трошкове покрива здравствено осигурање уз одлучније напуштање праксе финансирања здравствених капацитета.

3.5. Дуготрајна њега и други облици здравствене заштите

Пропорционално старењу становништва расте потреба за дуготрајном његом и другим облицима здравствене заштите. За разлику од праксе развијених европских земаља у којима је овај сегмент дефинисан као вид социјалне заштите са посебним извором финансирања, дуготрајна њега у РС је у домену здравствене заштите и финансира се искључиво из обавезног здравственог осигурања.

Развојни изазов је да у наредном периоду буде створен солидан основ да овај сегмент у РС буде системски уређен по угледу на европске стандарде. Растућа потреба за дуготрајном његом, која би подразумијевала да старо лице што дуже остане у властитом дому, односно у свом окружењу, отвара могућност да се у оквиру здравствених установа развијају посебни сервиси за ову врсту услуга, који дијелом могу да буду комерцијалног карактера (могући извор додатног прихода).

3.6. Закључна процјена развојних потреба и развојних могућности

Уколико допринос буде једини извор финансирања обавезног здравственог осигурања, са смањеном стопом доприноса и постојећом организацијом

здравственог система, биће готово немогуће задржати постојећи садржај и обим права из здравственог осигурања и постићи финансијску стабилност здравствених установа.

Релевантни показатељи упућују на закључак да ће у наредном периоду бити повећана потреба за здравственим услугама и без проширења постојећег садржаја и обима права из здравственог осигурања.

Полазећи од тога да би смањење садржаја и обима права могло довести до тога да великом броју грађана не буде доступна оптимална здравствена заштита, такав сценарио би требало избјећи увођењем додатних извора финансирања обавезног здравственог осигурања, рационализацијом одређених трошкова ФЗО (алокација трошкова који не би требало да буду финансирани из средстава ФЗО РС) и рационализацијом организације здравствене службе.

Неповољне економске прилике, које ће обиљежити већи дио средњорочног периода, намећу потребу да ФЗО развије ефикасније механизме управљања трошковима, да подстиче активности здравствене службе који доприносе рационализацији трошкова, да подстиче унапређење ефикасности и квалитета рада здравствених установа унапређењем модела уговарања и плаћања здравствених услуга, финансијском подршком доброј пракси, те ефикаснијом контролом коју би требало допунити стручним надзором који би био и у функцији едукације здравственог кадра.

У вези с наведеним, окосницу развоја ФЗО у наредном средњорочном периоду чиниће следећа питања:

- Како обезбиједити одрживо финансирање без смањења постојећег садржаја и обима права из здравственог осигурања?
- Како подстаћи здравствене установе на рационализацију трошкова, ефикаснији рад и оптимални квалитет здравствене услуге?
- Како одржати достигнути ниво доступности здравствене заштите и омогућити даље унапређење?
- Како постићи да ФЗО РС развије капацитете који могу да подрже развојне изазове?

4. МИСИЈА, ВИЗИЈА И ВРИЈЕДНОСТИ

4.1. Мисија и визија

4.1.1. Мисија ФЗО РС

Фонд здравственог осигурања РС спроводи обавезно здравствено осигурање у Републици Српској на начелима солидарности, узајамности и једнакости свих лица укључених у систем обавезног здравственог осигурања.

На начин прописан Законом, Фонд здравственог осигурања управља средствима уплатилаца доприноса водећи рачуна да свим осигураним лицима обезбиједи финансијско покриће здравствених услуга и других права у садржају и обиму прописаном законом и општима актима.

Своју мисију Фонд спроводи на начин да доприноси постизању општих циљева здравствене политике у РС.

4.1.2. Развојна визија

ФЗО РС је ефикасан сервис осигураних лица који своју функцију обавља према највишим стандардима, радећи у интересу осигураних лица и доприносећи очувању њиховог здравља, оптималној доступности, ефикасности и квалитету здравствене услуге.

4.2. Вриједности

Стратегија Свјетске здравствене организације "Здравље за све у 21. вијеку", обавезује све државе чланице да обезбиједи солидарност и универзалну доступност здравственог осигурања, уз истовремено савлађивање трошкова. Основни циљ реформских процеса у јавним здравственим системима држава Европске уније је да омогући доступност квалитетне здравствене заштите у оквиру сигурних и стабилних финансијских извора.

Полазећи од приоритета здравствене стратегије Европске уније, препорука Свјетске здравствене организације, те Програма здравствене политике и стратегије за здравље у Републици Српској, овим развојним документом дефинишу се темељне вриједности здравственог осигурања у Републици Српској:

Вриједности:

- **Солидарност, узајамност и једнакост**
- **Централна улога осигураника**
- **Законито и транспарентно управљање средствима здравственог осигурања**
- **Партнерски односи у планирању, уговарању и финансирању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем**
- **Доступност квалитетне здравствене заштите**
- **Промација бриге и одговорности сваког грађанина за властито здравље**

5. СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ФЗО РС У ПЕРИОДУ 2014-2018.

5.1. Стратешки циљеви развоја

- ⇒ Постићи одрживо финансирање**

- ⇒ Допринијети правичној расподјели средстава обавезног здравственог осигурања усавршавањем модела уговарања и финансирања**

- ⇒ Обезбиједити оптималну доступност здравствене заштите свим осигураним лицима уз поштовање принципа једнакости**

- ⇒ Развити способности ФЗО за ефикасно извршење мисије и постизање развојне визије**

5.2. Реализација стратешких развојних циљева

5.2.1. Специфични циљеви и активности

Стратешки циљ 1.

Постићи одрживо финансирање

Резултати које би требало постићи (специфични циљеви)	Активности које ће довести до резултата
<p>1.1. Дефинисана краткорочна и средњорочна стратегија одрживог финансирања обавезног здравственог осигурања у РС;</p>	<p>1.1.1. Упутити иницијативу Влади РС да буде усвојене краткорочна и средњорочна стратегија одрживог финансирања обавезног здравственог осигурања у РС;</p>
	<p>1.1.2. Урадити приједлог краткорочне и приједлог средњорочне стратегије одрживог финансирања</p>
	<p>1.1.3. Иницирати да за сваку годину буде, уз сагласност Владе РС, дефинисан садржај и обим права на здравствену заштиту, финансијска вриједност пакета, те извори финансирања</p>

<p>1.2. Обезбијеђени стабилни извори финансирања;</p>	<p>1.2.1. Створити правни основ за увођење путничког осигурања (посебни допринос за здравствено осигурање у иностранству);</p> <p>1.2.2. Извршити неопходне промјене код личног учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите (усклађивање с праксом других земаља);</p> <p>1.2.3. Упутити иницијативу за законско дефинисање уплатилаца доприноса и висине доприноса за посебне популационе и нозолошке групе;</p> <p>1.2.4. Упутити иницијативу за дефинисање најниже основице за обрачун доприноса код самосталних и сличних занимања;</p> <p>1.2.5. Унаприједити сарадњу са ПУ ради побољшања ефикасности наплате доприноса</p>
<p>1.3. Обезбијеђена континуирана рационализација трошкова;</p>	<p>1.3.1. Спровести активности на рационализацији трошкова (снижење цијена услуга; стандард броја упутница за скупу дијагностику; прописивачка пракса; прецизно планирање услуга које се плаћају према јединичној цијени; дефинисање приоритета код трошкова; већа одговорност за планирање потрошње цитостатика; лична одговорност код прописивања лијекова и медицинских средстава и др.)</p> <p>1.3.2. Уговором предвидјети финансијску стимулацију за рационализацију трошкова (дијагностика, боловање, превенција), као и умањење средстава у случају прекорачења прописаних стандарда или просјечне потрошње на нивоу РС</p> <p>1.3.3. Из финансијског плана искључити трошкове који не припадају обавезном здр. осигурању (унпаређење услова рада; национални пројекти; инвестиције и сл.)</p> <p>1.3.4. Финансирати пројекте који су фокусирани на рационализацију трошкова</p> <p>1.3.5. Спровести контролу примјене правила писања генеречког назива лијека</p> <p>1.3.6. развити капацитете за ефикасније управљање трошковима лијечења хроничних болести (регистри болесника; контрола; клинички водичи)</p> <p>1.3.7. створити правни основ за накнаду штете у случају нерационалних трошкова или трошкова насталих кршењем закона и општих аката;</p>

1.4. Зауостављен раст дуга ФЗО РС	1.4.1.Обуставити ново задужење ФЗО код комерцијалних банака
	1.4.2.Влади РС упутити иницијативу да се омогући компензација међусобних потраживања ФЗО и уплатилаца доприноса (дуг ФЗО за боловања и дугови за доприносе; дуг за доприносе и уговорене трансхе здравственим установама);
	1.4.3.тримјесечно анализирати обавезе и потраживања и предузимати мјере ради спречавања преплата и дугова здравственим установама
	1.4.4. нова права у обавезном здравственом осигурању уводити само уз услов да је обезбијеђено финансирање
1.5. Извршена оптимална алокација трошкова према развојним приоритетима	1.5.1.Урадити динамички план алокације трошкова према развојним приоритетима (годишња динамика повећања или смањења појединих трошкова)
	1.5.2. Дати финансијску подршку активностима које ће допринијети смањењу стопе смртности одојчади (унапређење гинеколошке здравствене заштите и перинаталне дијагностике;)
	1.5.3. ширити услуге које се уговарају на ПЗЗ према оспособљености здравствене установе (лабораторијска и друга дијагностика; стимулисати оспособљеност за управљање појединим хроничним болестима)
	1.5.4. Утицати на повећање броја услуга на нивоу дневне болнице ради смањења болничких трошкова
	1.5.5. Дефинисати програм превентивне здравствене заштите на нивоу ТПМ и обезбиједити финансијску подршку реализацији програма;
	1.5.6. Планирање посебних средстава за стимулацију ефикаснијег рада и квалитета услуге;

1.6. Побољшана структура осигураника и постигнута оптималнија подјела ризика осигурања	1.6.1.Континуирано иницирати примјену јединствене стопе доприноса за здравствено осигурање (обезбјеђење извора додатних средстава за здравствено осигурање пензионера по угледу на друге земље у региону)
	1.6.2.Анализирати основ за осигурање члана породице и извршити усклађивање с праксом других земаља ради постизања повољнијег односа осигураника и осигураних лица (увести обавезан допринос за здравствено осигурање чланова породице ино осигураника)
	1.6.3.Иницирати измјене и допуне Закона о доприносима ради сузбијања појаве да се допринос обрачунава на прениску основицу (дефинисати најниже основице за обрачун доприноса код самосталних и сличних занимања);
	1.6.4. анализирати све аспекте досадашњег модела личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите и урадити измјене које ће допринијети већем степену солидарности и већој усклађености с праксом земаља у региону

Стратешки циљ 2.

Допринијети правичној расподјели средстава обавезног здравственог осигурања и унапређењу партнерских односа усавршавањем модела уговарања и финансирања

Резултати које би требало постићи (специфични циљеви)	Активности које ће довести до резултата
<p>2.1. Обезбијеђена правична расподјела новца за финансирање болничких услуга према резултатима рада</p>	<p>2.1.1. Анализирати примјену модела плаћања болничких услуга и исти усавршавати у складу с финансијским могућностима;</p>
	<p>2.1.2. Анализирати искуства других земаља на рјешавању проблема одрживог финансирања болница које се налазе у подручјима с премало становника и иницирати могућа рјешења проблема</p>
	<p>2.1.3. Унаприједити контролу болничких трошкова и обезбиједити континуирану доградњу форме и садржаја контроле;</p>
	<p>2.1.4. Повећати број контрола и тежити стварању утиска да је знатно већа вјероватноћа да негативна појава буде откривена;</p>
	<p>2.1.5. Дефинисати улогу Независног одбора у спровођењу контроле примјене DRG (конкретне активности; динамика)</p>
	<p>2.1.6. Развити капацитете у ФЗО за праћење успјешности болница</p>
	<p>2.1.7. Јавним промовисањем најуспјешнијих болница утицати на већу ефикасност</p>

<p>2.2. Обезбијеђена досљедна примјена утврђених критеријума за уговарање примарне здравствене заштите уз постепено увођење критеријума који подразумевају вредновање резултата рада</p>	<p>2.2.1. Утврдити егзактне критеријуме за уговарање «додатних средстава» који ће се заснивати на повећаним трошковима који произлазе из специфичности здравствене установе (мрежа амбуланти; удаљеност амбуланти; географске специфичности и сл.)</p>
	<p>2.2.2. Радити на реформи уговарања и плаћања примарне здравствене заштите у правцу вредновања стварних резултата рада (дефинисање фиксних средстава и промјенивог дијела који зависи од урађеног посла, а фокусиран је на развојне приоритете; стварање услова да ТПМ буде субјект уговарања; развити инструменте за праћење стварних трошкова здравствене заштите, посебно трошкова лијечења хроничних болесника);</p>
	<p>2.2.3. Покренути иницијативу за прецизније дефинисање улоге локалне заједнице код финансирања домова здравља и у оквиру тога иницирати трезорски начин финансирања ПЗЗ</p>
	<p>2.2.4. Финансирати пројекте и активности које доприносе унапређењу модела уговарања ПЗЗ и постизању развојних циљева на том нивоу здравствене заштите</p>
	<p>2.2.5. Иницирати рационализацију мреже установа на нивоу ПЗЗ и у вези са тим урадити упоредне анализе с приказом искустава других земаља)</p>
	<p>2.2.6. Иницирати одређивање минималног и максималног броја регистрованог становништва на један тим породичне медицине</p>
	<p>2.2.7. Подстицати групну праксу на нивоу ПЗЗ и у вези с тим планирати стимулативна финансијска средства код уговарања ПЗЗ</p>

2.3. Обезбјеђена финансијка стимулација ефикаснијег рада и извршења развојних приоритета	2.3.1.Развити капацитете за имплементацију индикатора за праћење успјешности рада здравствених установа на нивоу ПЗЗ;
	2.3.2.Дефинисати развојне приоритете које требе подстицати и урадити оперативни план финансијског подстицања развојних приоритета (шта подстицати, којом динамиком, с којим процентом додатних средстава)
	2.3.3.Извршити допуну критеријума уговарања према утврђеним развојним приоритетима;
	2.3.4. Увести праксу јавног промовисања најуспјешнијих здравствених установа према утврђеним индикаторима оцјене успјешности
2.4. Рационализована процедура уговарања	2.4.1.Анализирати могућност закључивања уговара на период дужи од једне године и урадити оперативни план потребних измјена у општим актима ради стварања услова за закључења уговора на дужи период
	2.4.2. Анализирана могућност одређивања цијене тима на нивоу ПЗЗ у бодовима у функцији стварања услова за поједностављење процедуре уговарања укључујући и уговарање на период дужи од једне године
2.5. Унапријеђени партнерски односи с даваоцима услуга	2.5.1.Омогућити да у поступак дефинисања критеријума за закључивање уговора буду укључени и даваоци услуга (јавна расправа)
	2.5.2.Обезбједити већу транспарентност плаћања уговорених услуга и потпуно елиминисати дозначавање средстава мимо утврђеног редосљеда;
	2.5.3.Доносити мјесечни план плаћања уговорених услуга (објављује се на интернету пет дана прије почетка мјесеца на који се односи)

2.6. Унапријеђено јавно-приватно партнерство у складу с развојним приоритетима

2.6.1. Поштовати принцип да се уговор с приватним здравственим установама закључује:

- за услуге које нису заступљене у државним здравственим установама;
- за услуге код којих није постигнута оптимална доступност на нивоу РС или у појединим локалним заједницама;
- за услуге код којих је потенцирано право слободног избора (породична медицина);

2.6.2. Унаприједити постојеће моделе ЈПП и стварати услове за нове облике ЈПП-а према развојним приоритетима

Стратешки циљ 3.

Обезбиједити оптималну доступност здравствене заштите свим осигураним лицима уз поштовање принципа једнакости

Резултати које би требало постићи (специфични циљеви)	Активности које ће довести до резултата
<p>3.1. Обезбијеђена боља доступност услуга код којих још није постигнута оптимална доступност</p>	<p>3.1.1. Урадити оперативни план побољшања доступности услуга код којих још није постигнута оптимална доступност (кардиологија, нуклеарна медицина, мамографија, КСЗ у појединим општинама); оперативним планом дефинисати код којих услуга треба побољшати доступност и у ком смислу (нпр. скраћењем рокова чекања, повећањем броја посјета специјалиста и сл.), на који начин треба постићи побољшање, у ком периоду треба постићи резултат</p> <p>3.1.2. Упутити иницијативу МЗСЗ да буду дефинисани максимални рокови чекања на поједине услуге (по угледу на Словенију) и да буду нормативно уређене листе чекања ради спречавања корупције у овој области;</p> <p>3.1.3. У складу с финансијским могућностима иницирати постепено смањење норматива броја становника на једног доктора у областима гдје постојећи нормативи утичу на лошију доступност здравствене услуге или су нормативи знантно виши него у земљама региона (иницирати да МЗСЗ у вези са овим донесе оперативни план с дефинисаним приоритетима и роковима, као и да ревидира постојећу одлуку о плану мреже здравствених установа);</p> <p>3.1.4. Иницирати израду стратегије развоја дуготрајне његе у РС, укључујући изворе финансирања, с могућношћу развоја комерцијалних сервиса у оквиру јавних здравствених установа;</p>

<p>3.2. Унапријеђена доступност лијекова</p>	<p>3.2.1.Анализирати листе лијекова и утврдити средњорочни план потребних измјена ради обезбјеђена оптималне доступности лијекова у складу с демографским промјенама, промјенама морбидитета и сл. (које лијекове би требало укинути, које додати; листа приоритета у односу на финансијске могућности и др.) У израду средњорочног плана укључити тимове породичне медицине и Удружење доктора породичне медицине</p> <p>3.2.2. Унаприједити планирање оптималних количина лијекова који се набављају путем јавних набавки и у вези с тим повећати одговорност здравствених установа за објективно планирање, укључујући прописивање казни и накнаду штете;</p> <p>3.2.3. Повећати ефикасност контроле доступности лијекова у болничким апотекама и обавезних лијекова у домовима здравља и прописати казне за случајеве када пацијенти неоправдано купују лијекове из властитог џепа;</p> <p>3.2.4. Иницирати већу координацију и сарадњу између здравствених установа у функцији обезбјеђења константне доступности лијекова</p>
<p>3.3. Подстакнут плански развој приватних здравствених установа у функцији побољшања доступности здравствене заштите</p>	<p>3.3.1. Иницирати израду анализе оптималне покривености територије РС мрежом јавне здравствене службе на основу које би било могуће утврдити потребе за укључивањем приватних установа (гдје постоје потребе; које области су дефицитарне у јавном сектору и др.)</p> <p>3.3.2. Упутити иницијативу МЗСЗ да се отклоне евентуалне административне баријере за укључивање приватних здравствених установа у здравствени систем према дефинисаном плану мреже, посебно на подручјима која имају изражен проблем с доступношћу здравствене заштите;</p> <p>3.3.3. Иницирати да и приватне здравствене установе обухваћене планом мреже буду укључене у план специјализација</p>

<p>3.4. Уклоњене административне баријере које умањују доступност здравствене услуге</p>	<p>3.4.1. Спроводити анкете с пацијентима ради идентификовања административних и других препрека постизању оптималне доступности здравствене услуге (користити и информације које добију заштитници права у свакодневним контактима са оасигураницима);</p> <p>3.4.2. Спроводити анкете са здравственим радницима ради идентификовања административних и других препрека за ефикаснију услугу,</p> <p>3.4.3. На основу резултата анкете доносити оперативне планове за поједностављење административних баријера;</p> <p>3.4.3. Спроводити контролу примјене прописаног начина остваривања здравствене заштите</p> <p>3.4.4. Уговором предвидјети казну за утврђене појаве кршења прописаног начина остваривања здравствене заштите;</p>
<p>3.5. Постигнута оптимална доступност информација које доприносе побољшану доступности здравствене услуге</p>	<p>3.5.1. Стандардизовати процедуру која обезбјеђује да заштитници права располажу свим информацијама које им омогућавају да осигураницима олакшају пут до остварења права;</p> <p>3.5.2. О свим релевантним промјенама у општим актима осигурана лица извјештавати путем информативних летака и средстава јавног информисања;</p> <p>3.5.3. Увести у праксу да се о новим прописима и измјенама постојећих, обавјештавају сви здравствени радници непосредно (достава информација или информативних летака путем електронске поште или путем удружења доктора)</p> <p>3.5.4. Обезбиједити доступност информације на захтјев осигураника, здравствених радника, новинара и других грађана у најкраћем року;</p>
<p>3.6. Унапређена доступност превентивне здравствене заштите</p>	<p>3.6.1. Повећати учешће ПЗЗ у превенцији масовних незаразних болести (програм превенције који укључује дефинисање обавезног броја превентивних прегледа према врсти и према популационим групама)</p> <p>3.6.2. Иницирати израду популационих регистара масовних незаразних болести</p>

Стратешки циљ 4.

**Развити способности ФЗО за ефикасно извршење мисије
и постизање развојне визије**

Резултати које би требало постићи (специфични циљеви)	Активности које ће довести до резултата
<p>1. Реализован Стратешки план развоја ИКТ у ФЗО РС за период 2013-2018. године</p>	<p>4.1.1.учествовати у реализацији пројекта е-здравство (управљати подацима о лијечењу уз бригу о заштити приватности и повјерљивости података; развијати сервисе електронске размјене података; управљати потрошњом лијекова увидом на мјесту настанка трошка – ТПМ и мјесту реализације – апотеке; развити систем е-рецепт);</p> <p>4.1.2.утицати на унапређење ИТ безбједности (реализовати планиране системе заштите од катастрофе)</p> <p>4.1.3.развијати савремене начина утврђивања идентитета;</p> <p>4.1.4. реализовати преостале активности технолошког унапређења ПИС (развијати ПИС тако да он прати стратешке циљеве пословне политике; имати у виду функционалне и техничке препоруке за даљи развој ИТ система према извјештају Независних ревизора Deloitte)</p> <p>4.1.5.перманентно радити на побољшању квалитета (развијати ИКТ стандарде у здравственом систему)</p> <p>4.1.6. развити квалитетан дигитални систем управљања документима</p> <p>4.1.7. учествовати у стандардизацији и сертификацији софтверских рјешења у здравству;</p> <p>4.1.8. јачати људске ресурсе у области ИКТ (стручна усавршавања, семинари)</p>

<p>2. Унапријеђена организација ФЗО и постигнута већа ефикасност у извршавању функција ФЗО</p>	<p>4.2.1. анализирати функционисање постојеће организације ФЗО с аспекта координације и субординације</p>
	<p>4.2.2. извршити промјене постојеће организације с циљем постизања веће координације и субординације послова и повећања ефикасности рада</p>
	<p>4.2.4. смањити број запослених у ФЗО за 10 %</p>
	<p>4.2.3. појачати интерну контролу у свим организационим јединицама ФЗО</p>
<p>3. Позитивно мишљење Главне службе за ревизију јавног сектора о финансијском пословању ФЗО</p>	<p>4.3.1. реализовати све препоруке Главне службе за ревизију јавног сектора</p>
	<p>4.3.2. обезбиједити потпуну законитост у функционисању ФЗО</p>
<p>4. Унапријеђене способности и капацитети људских ресурса у ФЗО</p>	<p>4.4.1. урадити анализу структуре људских ресурса (полне, старосне, квалификационе) и на основу тога урадити неопходне промјене у акту о систематизацији радних мјеста и послова, уважавајући потребу рационализације броја запослених;</p>
	<p>4.4.2. урадити средњорочни план едукације запослених у ФЗО у складу с развојним приоритетима и обезбиједити његову реализацију;</p>
	<p>4.4.3. унаприједити методологију анализе радних мјеста и учинака извршилаца послова и обезбиједити већу искористивост резултата анализе у циљу боље искоришћености људских ресурса</p>
	<p>4.4.4. подстицати креативност и тимски рад</p>
	<p>4.4.5. спроводити анкете међу запосленима у ФЗО и на основу њих предузимати мјере које ће допринијети већој продуктивности и задовољству запослених</p>
	<p>4.4.6. унапређивати канале и форме интерног информисања у ФЗО</p>

<p>5. Постигнута већа конкурентност, транспарентност и ефикасност код јавних набавки</p>	<p>4.5.1. Урадити побољшања у јавним набавкама у складу с добром праксом других земаља и директивама ЕУ;</p> <p>4.5.2. Анализирати сегмент планирања јавних набавки и на бази резултата анализе извршити побољшања постојеће праксе (план јавних набавки објављивати на сајту ФЗО ради постизања веће конкурентности)</p> <p>4.5.3. Унаприједити контролу поштовања закључених уговора од стране изабраног понуђача роба и услуга и прецизније дефинисати одговорност свих учесника у поступку јавних набавки</p> <p>4.5.4. Дефинисати тендерске услове који обезбјеђују потпуну конкурентност</p>
<p>6. Побољшана ефикасност контроле трошкова и развијени механизми за ефикасно управљање трошковима</p>	<p>4.6.1. Урадити оперативне планове за сваку врсту контроле, прилагођене моделу уговарања и плаћања, те одредбама закона и општих аката (планове доносити на годишњем нивоу уз перманентно ревидирање сагласно налазима контроле)</p> <p>4.6.2. Анализирати прописане санкције за кршење уговора и прописа и извршити неопходне измјене и допуне које ће утицати на смањење прекршаја;</p> <p>4.6.3. Радити на већој заступљености суштинске контроле која ће, поред формалног аспекта, бити више фокусирана на здравствену економику и фармакоекономске аспекте трошкова на мјесту на коме настају, а прије него што буду фактурисани (стручни надзор и контрола који обухватају и едукацију здравствених професионалаца)</p> <p>4.6.4. Увести евиденцију свих утврђених повреда уговара и кршења прописа за сваког уговорног субјекта; вршити анализу података и планирати строже санкције код вишеструких прекршаја;</p>

<p>7. Унапријеђени капацитети за анализу података и мониторинг остварења пословних циљева</p>	<p>4.7.1. дефинисати области и податке који ће бити предмет континуираних анализа, утврдити методологију и динамику анализе</p>
	<p>4.7.2. унаприједити међусекторску размјену података и информација</p>
	<p>4.7.3. Развити стратешке алате за спровођење мониторинга развојних циљева и развојних програма и пројеката</p>
	<p>4.7.4. урадити логички оквир за спровођење мониторинга</p>
<p>8. Унапријеђена сарадња и размјена искустава с јавним здравственим осигурањима у региону</p>	<p>4.8.1. Организовати регионални Форум јавних здравствених осигурања; учествовати у раду Форума које организују друге државе; анализирати искуства и праксу других земаља и најбољу праксу примјењивати у ФЗО РС</p>
	<p>4.8.2. Иницирати друге облике сарадње фондова здравственог осигурања (размјена информација и података) ради рјешавања конкретних проблема и унапређења праксе</p>
	<p>4.8.3. Радити на практичној примјени Протокола о сарадњи с РФЗО Србије</p>
<p>9. Обезбијеђена јавност рада ФЗО у складу са Законом и општим актима и унапређен однос према унутрашњој и вањској јавности</p>	<p>4.9.1. Обезбиједити дослиједну примјену Закона о слободи приступа информацијама и аката ФЗО који уређују овоу област;</p>
	<p>4.9.2. Радити редован мониторинг поштовања Закона о слободи приступа информацијама;</p>
	<p>4.9.3. Омогућити оптималне изворе информација које су у посједу ФЗО</p>
	<p>4.9.4. Обезбиједити потпуну примјену PR плана ФЗО и урадити неопходне иновације</p>
	<p>4.9.5. Анализирати однос према клијентима ФЗО и радити на унапређењу тог односа</p>
	<p>4.9.6. Унаприједити метод и садржај рада заштитника права осигураника</p>

5.2.2. Годишњи планови реализације развојних циљева

За сваку годину средњорочног периода Управни одбор ФЗО РС ће донијети годишњи план рада Фонда који ће бити дефинисан у контексту развојних циљева и предвиђених активности у оквиру тих циљева.

Структуру годишњег плана рада чини:

1. Анализа претходног периода реализације Стратешког плана (за планове од 2015. до 2018.)
2. Процјена развојних потреба и развојних могућности у години за коју се доноси план рада;
3. Назив стратешког и специфичног циља
4. Планирана активност
5. Опис планиране активности (усмјерење за реализацију)
6. Извршилац активности
7. Рок за реализацију планиране активности

6. МОНИТОРИНГ РЕАЛИЗАЦИЈЕ РАЗВОЈНИХ ЦИЉЕВА

6.1. Индикатори за спровођење мониторинга

Стратешки циљ 1.

- степен реализације планираних активности;
- степен реализованих мјера ФЗО за постизање одрживог финансирања;
- однос прихода и трошкова;
- промјене код неизмирених обавеза ФЗО;
- промјене код дуговања и преплата здравственим установама (тренд)
- промјене у вези с удруживањем ризика осигурања (растеређење категорије запослених; повећано учешће прихода других категорија осигураника);
- број активних осигураних лица (тренд);
- промјене у структури осигураника (побољшање или погоршање у односу на претходни период);
- допунски извори финансирања и раст њиховог учешћа у укупном приходу (од 5-10%);
- алокација трошкова (раст трошкова за превенцију, раст услуга дневне болнице однос прихода и расхода ФЗО РС; трошкова који не припадају обавезном здравственом осигурању – промјене);
- стање неизмирених обавеза ФЗО РС (тренд);

Стратешки циљ 2.

- степен реализације планираних активности;
- смањење уговорених средстава у ПЗЗ изнад основних критеријума капитације, цијене тима, стандарда и норматива (тренд);
- заступљеност успјешности рада здравствене установе у критеријумима уговарања, као и других критеријума који су у вези с развојним циљевима већег вредновања резултата рада;
- број уговора закључених на период дужи од једне године (тренд);
- укљученост Независног одбора у спровођење контроле евидентирања болничких услуга;
- укљученост здравствених установа у дефинисању општих критеријума уговарања;
- однос констатованих и ријешених проблема;
- негативни налази контроле (тренд);
- учешће средстава из локалних буџета у финансирању ПЗЗ (тренд);
- однос покренутих и реализованих иницијатива које су упућене надлежним институцијама;

- укљученост приватног сектора (број; поштовање принципа за уговарање с приватним сектором; нови облици партнерства; утицај на трошкове и на доступност)

Стратешки циљ 3.

- степен реализације планираних активности;
- услуге код којих је побољшана доступност (или погоршана);
- промјене код норматива броја становника на једног доктора;
- број поједностављених процедура, укључујући и број притужби на процедуре (тренд);
- број становника обухваћених програмом превенције (тренд);
- задовољство осигураника и здравствених радника (резултати анкете);
- број реализованих активности из оперативног плана побољшања доступности здравствене заштите;
- однос покренутих и реализованих активности;
- негативни налази контроле (тренд);
- доступност информација (извори информација; резултати анкете);

Стратешки циљ 4.

- степен реализације планираних активности;
- мишљење Главне службе за ревизију јавног сектора;
- промјене у организацији ФЗО РС;
- промјене код броја и структуре запослених у ФЗО;
- извршена унапређења ПИС-а (степен реализације утврђене стратегије развоја);
- Активности контроле (број контрола; тренд негативних налаза; број изречених казни;)
- број понуђача на јавни позив за јавне набавке;
- реализовани програми едукације запослених у ФЗО;
- број активности реализованих интерсекторском сарадњом (тимови, радне групе);
- резултати анкета (доступност информација; међусекторска сарадња; задовољство клијената);
- реализоване активности у оквиру сарадње с другим фондовима, односно заводима здравственог осигурања у региону;
- јавност рада (рокови достављања информација; број информација у медијима)

6.2. Динамика извјештавања о реализацији развојних циљева и годишњих планова рада

Орган/институција	Динамика извјештавања
1. Директор ФЗО	tromјесечно
2. Управни и Надзорни одбор ФЗО	два пута годишње (након шестомјесечног и годишњег обрачуна)
3. Министарство здравља и социјалне заштите	два пута годишње (након шестомјесечног и годишњег обрачуна)