



**Do univerzalne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini
pregled stanja i preporuke za djelovanje**

maj 2009.

Podržano od:



**CENTRI CIVILNIH INICIJATIVA
ЦЕНТРИ ЦИВИЛНИХ ИНИЦИЈАТИВА**

Do univerzalne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini pregled stanja i preporuke za djelovanje

Inicijativa i civilna akcija (ICVA)

u saradnji sa:

Helsinški komitet za ljudska prava u BiH

i

organizacijama civilnog društva iz BiH (abecednim redom):

Biro za ljudska prava, Tuzla; Caritas BK BiH; Crveni križ Tuzlanskog kantona; Helsinški komitet za ljudska prava u BiH, Sarajevo; Informativni centar Lotos, Tuzla; Koodinacioni odbor invalidskih organizacija Republike Srpske, Banja Luka; Prava za sve, Sarajevo; Savez paraplegičara FBiH, Sarajevo; Sumero, Sarajevo; Udružene žene, Banjaluka; Udruženje slijepih građana Kantona Sarajevo; Vive žene, Tuzla; Zdravo da ste, Banja Luka; Zemlja djece, Tuzla; Žena BiH, Mostar; Sindikat finansija FBH, Sindikat metalških radnika FBiH, Sindikat osnovnog obrazovanja Zeničko-dobojskog kantona, Sindikat policije Zeničko-dobojskog kantona, Savez samostalnih sindikata BiH, Sindikat trgovine FBiH.

Koordinator projekta:

Vesna Vukmanić

Lektorica: Daniela Torlaković

Dizajn: ICVA

Tiraž: 500 komada

Štampa: Bravo Public Team

maj 2009.

Podržano od:



**CENTRI CIVILNIH INICIJATIVA
ЦЕНТРИ ЦИВИЛНИХ ИНИЦИЈАТИВА**

Sadržaj:

•	Stanje u zdravstvenoj zaštiti u Bosni i Hercegovini	1
•	Obaveze BiH obzirom na međunarodne standarde u zdravstvenoj zaštiti	3
•	Zakonodavstvo u BiH	6
•	Ko može i kako ostvariti pravo na zdravstveno osiguranje	8
•	Analiza novih zakonskih rješenja u Federaciji BiH	9
•	Praksa u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu	12
•	Ko su isključeni građani i grupe iz sistema zdravstvene zaštite i razlozi isključenosti	14
•	Diskriminacija u zdravstvenoj zaštiti	16
•	Informisanje u oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja	18
•	Preporuke	19

Stanje u zdravstvenoj zaštiti u BiH

Bosna i Hercegovina ima 13 ministarstva zdravstva i 13 zdravstvenih fondova. U Federaciji BiH svaki kanton ima vlastito ministarstvo zdravstva i zdravstveni fond, te ministarstvo zdravstva na entitetskom nivou i zdravstveni fond solidarnosti. Republika Srpska ima svoje Ministarstvo zdravstva i Fond zdravstvenog osiguranja koji pokriva cijelu teritoriju RS. Brčko distrikt ima poseban Zdravstveni fond od 2002. godine.

Ovako fragmentiran sistem zdravstvene zaštite ograničava pravičan pristup zdravstvenim uslugama za sve građane. Servisi zdravstvene zaštite nisu prenosivi između dva entiteta. Također, pogodnosti zdravstvene zaštite nejednako su raspoređene u korist gradova uz otežavajući pristup seoskoj populaciji koja živi u područjima koja nisu povezana javnim transportom. Osobe osigurane u različitim kantonima imaju različita prava i različit pristup uslugama zdravstvene zaštite, naročito tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, što je posljedica različitih iznosa prihoda sakupljenih kroz zdravstvene fondove.

Gledajući sveobuhvatno, ukupni prihod i izdaci u zdravstvenom sektoru su znatni (7,4% budžetskih izdvajanja¹), ali održivost je daleko od toga da bude ostvarena. Većina stanovništva vjeruje da bi vlade trebale subvencionirati troškove zdravstvene zaštite iz općih prihoda i učiniti zdravstvenu zaštitu dostupnom za sve, barem kada je osnovni paket zdravstvenih prava u pitanju. Evropska komisija u svom izvještaju navodi da će 'vlada morati naći bolji način finansiranja zdravstvene zaštite, kako bi teret finansiranja bio ravnomjernije raspoređen kroz stanovništvo, istovremeno osiguravajući univerzalnu dostupnost i osnovna zdravstvena prava za sve. Ovo se može postići jedino kroz finansiranje iz općih prihoda. Vlada će također morati uvesti dodatno zdravstveno osiguranje na dobrovoljnoj bazi.'²

Određene socijalne grupe nisu pokrivena zdravstvenim osiguranjem. Među njima najbrojniji su nezaposleni koji nisu registrovani kao takvi ili koji su propustili rok za prijavu na zavode za zapošljavanje, kao i oni koji su zaposleni, ali im se doprinosi ne uplaćuju redovno od strane njihovih poslodavaca (radnici na čekanju, radnici u privatizovanim preduzećima ili preduzećima u stečaju). Tu spadaju i Romi koji su isključeni iz sistema, dijelom zbog neposjedovanja ličnih dokumenata (rodni listovi, lične karte) i dijelom zbog velikog procenta nezaposlenosti. Nepokriven je i veliki broj građana, uključujući i djecu, zbog neinformisanosti roditelja i djece o pravima koja imaju u okviru zdravstvene zaštite i o načinu na koji mogu ostvariti svoja prava.

Prema podacima Fonda zdravstvenog osiguranja RS, u 2008 godini, 19,18% stanovnika (oko 235.000) nije bio u mogućnosti da ovjeri zdravstvenu knjižicu i da koristi prava iz zdravstvenog osiguranja. U Federaciji BiH, prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, u 2007. godini³ je bilo 16,35% stanovništva koji je bio isključen iz sistema zdravstvenog osiguranja (oko 380.000 stanovnika).

¹ BiH: Addressing fiscal challenges and institutional review, World Bank, 2006

² Social protection and social inclusion in BiH, European Commission, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, July 2008

³ podaci za 2008. se očekuju u junu 2009.

BiH je ratifikovala mnoge međunarodne dokumente (koji su navedeni u daljem tekstu) kojima se obavezala da će osigurati jednakost u zaštiti i univerzalni pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bez diskriminacije. Također, u procesu pridruživanja Evropskoj uniji, BiH je obavezna reformisati sistem zdravstvene zaštite u skladu sa evropskim standardima i pravima.

Na nivou entiteta, dijelom je započelo usaglašavanje zakona i propisa sa međunarodnim standardima u zdravstvenoj zaštiti, međutim promjene idu sporo, s tim da poseban problem predstavlja provođenje zakona u praksi. Na nivou države nema nikakvih aktivnosti u cilju harmonizacije entitetskih zakona ili uspostavljanja jedinstvenog pristupa zdravstvenoj zaštiti za sve građane.

U međuvremenu u Federaciji BiH je donešen Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju u januaru 2009. a u Republici Srpskoj Pravilnik o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite u maju 2007. koji su doprinijeli smanjenju broja neosiguranih lica. Dodatno, u FBiH je u aprilu 2009. usvojena Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava i Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava, što bi sve trebalo doprinijeti većoj jednakosti u ostvarivanju prava na teritoriji FBiH.

Problem i dalje ostaje primjena zakona u praksi, kao i dostupnost informacija o izmjenama zakona i načinu ostvarivanja novostečenih prava kroz zakon. Dodatno, kantoni još uvijek nisu osigurali sredstva u budžetima za primjenu zakona u praksi. Iako je procenat neosiguranih vjerovatno smanjen sa postojećih 17% i dalje postoje grupe stanovništva isključene iz zaštite i grupe koje su izložene diskriminaciji u ispunjavanju prava na zdravstvenu zaštitu.

Obaveze BiH obzirom na međunarodne standarde u zdravstvenoj zaštiti

Evropska socijalna povelja (Povelja) je najznačajniji dokument koji reguliše ostvarivanje ekonomskih i socijalnih prava u okviru Evropske unije. BiH je ratifikovala Evropsku socijalnu povelju u septembru 2008.godine, čime se obavezala na usklađivanje svih domaćih zakona i prakse sa standardima iz Povelje.

BiH je u okviru ratifikacije Povelje usvojila članove koji se direktno tiču ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, po kojima je obavezna uspostaviti efikasan sistem socijalne zaštite, osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja i uspostavljanje dostupnog i efikasnog sistema primarne zdravstvene zaštite stanovništva koja naročitu pažnju mora imati prema osjetljivim grupama stanovništva (djeca, stari, osobe sa invaliditetom, žene, nezaposleni, beskućnici).

Prava i obaveze koje proizlaze iz Povelje – ratifikovani članovi koji se odnose na oblast zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja:

Član 11. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Država je obavezna uvesti mjere koje će u praksi osigurati univerzalni pristup zdravstvenoj zaštiti na cijelom području i razviti sistem javne zdravstvene službe koji će obuhvatiti prevenciju bolesti kroz redovne godišnje preglede posebnih grupa stanovništva i sistem redovnih pregleda za cijelo stanovništvo.

Također država je obavezna uraditi analizu i utvrditi bolesti koje predstavljaju najveće probleme javnog zdravstva u zemlji. Za posebne grupe stanovništva: tuđe žene/majke/bebe, djecu/adolescente, starije osobe, ugrožene grupe (beskućnike, ovisnike, nezaposlene) potrebno je razviti posebne mjere zaštite.

Kroz savjetodavne i obrazovne mjere, informativne kampanje i službe savjetovanja u školama i na druge načine potrebno je stalno unapređenje zdravstvenog obrazovanja.

Potrebno je da država poduzima posebne mjere u cilju sprječavanja epidemija, endemičnih i drugih bolesti – kroz obaveznu ili opcionu vakcinaciju, disinfekciju i epidemiološku politiku.

Član 12. Pravo na socijalnu zaštitu

Sa ciljem osiguranja djelotvornog korištenja prava na socijalnu zaštitu Zemlje potpisnice preuzimaju obavezu da: uspostave ili održavaju sistem socijalne zaštite, koja je kao minimum jednaka onoj koja je potrebna za ratifikaciju Evropskog kodeksa socijalne zaštite koji reguliše ostvarivanje devet vrsta prava uključujući i prava na :

- zdravstvenu zaštitu
- davanje za bolest
- davanje za starost (što je posebno važno u bh. kontekstu u kojem je dostupnost zdravstvene zaštite za stare osobe onemogućena minimalnim primanjima koji onemogućavaju dostupnost lijekovima i efikasnoj zdravstvenoj zaštiti)

Povelja dalje nalaže efikasnu primjenu prava u praksi i kaže da pravo na socijalnu pomoć mora biti: jasno definirano zakonom, zasnovano na objektivnim kriterijima, ostvarljivo, ne smije podlijegati nikakvoj drugoj uvjetovanosti osim potrebe korisnika za socijalnom pomoći.

Član 13. Pravo na socijalnu i medicinsku pomoć

Sa ciljem osiguranja djelotvornog korištenja prava na socijalnu i medicinsku pomoć, Zemlje potpisnice preuzimaju obavezu da, između ostalog: osiguraju da svaka osoba koja ne raspolaže odgovarajućim resursima i koja nije u mogućnosti osigurati te resurse dobije

odgovarajuću pomoć i u slučaju bolesti, i drugim slučajevima zavisno od stanja osobe. Država je obavezna da razvije sistem/šemu javne socijalne i medicinske pomoći koja će obuhvatiti: novčana davanja ili davanja druge vrste, što uključuje jasno definisanje kategorija, uslova, procedura za dodjelu pomoći kao i jasan i funkcionalan način na koji se osigurava pravo na pomoć i uspostavljen neovisni organ preko kojeg pojedinci mogu tražiti zaštitu prava.

Član 23. Pravo starih osoba na socijalnu zaštitu

S ciljem osiguranja djelotvornog korištenja prava starih osoba na socijalnu zaštitu, Zemlje potpisnice preuzimaju obavezu da usvoje ili podstaknu, direktno ili u saradnji sa javnim ili privatnim organizacijama, odgovarajuće mjere kreirane sa ciljem da, između ostalog, omoguće starijim osobama da vode neovisan život u svom porodičnom okruženju sve dok to žele i mogu, putem osiguranja zdravstvene zaštite i službi koje su im potrebne s obzirom na njihovo stanje.

U praksi znači da je država obavezna da uspostavi takve socijalne službe, uključujući i dovoljne novčane i druge resurse koji će omogućiti starijim osobama da što duže ostanu ravnopravni članovi društva o kojima treba i izvještavati. Posebno važno u bh. kontekstu je obaveza države da razvije sistem informisanja i dostavljanja informacija o službama i pogodnostima koje se nude starijim osobama – kroz osiguranje smještaja koji odgovara njihovim potrebama i zdravstvenom stanju ili pružanjem adekvatne pomoći za adaptaciju njihovog smještaja.

Deklaracija o pravima pacijenata u Evropi⁴ (Amsterdam 1994), ratifikovana od strane BiH, je dokument koji promovise prava pacijenata ('*zdravi ili bolesni korisnik servisa zdravstvene zaštite*') i daje smjernice državama za zaštitu ljudskih prava u oblasti zdravstvene zaštite i donošenje odgovarajućih strategija (zakonodavstvo, usvajanje povelja o pravima pacijenata na državnom nivou, podršku nevladinim organizacijama koje se bave zaštitom prava pacijenata, uključivanje medija u informisanje javnosti o pravima i obavezama pacijenata, bolje razumijevanje uloga svih faktora u zdravstvenoj zaštiti).

Naglašavamo neke članove Deklaracije bitne za bh. kontekst:

Informacija o servisima zdravstvene zaštite i način na koji koristiti servise mora biti dostupna javnosti kako bi svi u potrebi mogli imati koristi od servisa zaštite.

Pacijentima se mora omogućiti da mogu zahtijevati i dobiti sažetak dijagnoze, tretmana i njege po otpuštanju iz ustanove zdravstvene zaštite.

Svako ima pravo da dobije takvu zdravstvenu zaštitu kakva je odgovarajuća njegovom/njenom stanju i potrebama, uključujući preventivnu zaštitu i aktivnosti vezane za promociju zdravlja. Servisi zaštite trebaju biti trajno dostupni svima bez razlike, bez diskriminacije i u skladu sa finansijskim, ljudskim i materijalnim sredstvima na raspolaganju u datom društvu (državi).

Pacijenti imaju kolektivno pravo na vid reprezentacije na svakom nivou sistema zdravstvene zaštite, u oblastim koje se odnose na planiranje i ocjenu servisa, uključujući nivo, kvalitet, i

⁴ Deklaracija je zasnovana na Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima, Međunarodnom paktu o građanskim i političkim pravima, Međunarodnom paktu o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, Evropskoj konvenciji o ljudskim pravima i osnovnim slobodama i Evropskoj socijalnoj povelji (svi dokumenti su ratifikovani od strane BiH).

funkcionalnost obezbjeđivanja zaštite. Uživavanje prava u Deklaraciji podrazumijeva osiguranje sredstava za ove namjene.

Uživavanje prava se mora osigurati bez diskriminacije.

Pacijent mora imati pristup informacijama i savjetima koji će mu omogućiti da u potpunosti uživa prava iz ovog dokumenta.

Posebna Radna grupa koju su činili predstavnici Svjetske zdravstvene organizacije u BiH, Agencija za kvalitet i akreditaciju RS i FBiH i predstavnik zdravstvenih radnika i udruženja pacijenata u martu 2006. godine je sačinila i Izjavu o postojanju potrebe za usvajanjem **Povelje o pravima pacijenata u BiH**⁵ što je uključilo i preporuke i smjernice za implementaciju Povelje u BiH.

Ostali ratificirani međunarodni dokumenti koji obavezuju državu u oblasti zdravstva:

- **Evropska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda** kojom je utvrđeno neprikosnoveno pravo svakog čovjeka na zdravstvenu zaštitu koje mu mora biti pruženo, bez obzira na njegovu vjersku, nacionalnu i rasnu pripadnost, te isto ne može biti ograničeno političkim, finansijskim i geografskim barijerama;
- **Konvencija o pravima djeteta** kojom se priznaje pravo djeteta da uživa najviši mogući standard zdravlja koji je moguće dostići i osiguran pristup insitucijama za liječenje i zdravstvenu rehabilitaciju. S tim u vezi države potpisnice teže ka punom provođenju ovog prava i poduzimaju odgovarajuće mjere;
- **Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe sa invaliditetom** u dijelu koji se odnosi na zdravstvenu zaštitu, a koji je usvojila Generalna skupština UN 1993. godina. Vijeće ministara BiH prihvatilo je iste svojom Odlukom od 30.09.2003.;
- **Rezolucija UN-a o 'Zdravlju za sve u 21.vijeku'**.

Domaći dokumenti:

- Akcioni plan BiH za rješavanje problema Roma u oblasti zdravstva, zapošljavanja, stambenog zbrinjavanja i obrazovanja (2008)
- Strateški plan razvoja zdravstva FBiH
- Strategija razvoja zdravstvene zaštite RS
- Strateški plan za razvoj sektora zdravstva BiH, Vijeće ministara

Iako reforma zdravstvenog sektora nije definisana kao uslov za pridruživanju BiH Evropskoj uniji, zdravstvo se spominje u 28 od ukupno 35 poglavlja koja predstavljaju uslov u procesu pridruživanja.

Svjetska zdravstvena organizacija u BiH insistira da se zdravstvena politika usmjeri na smanjenje neravnopravnosti, naročito neravnopravnosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti između regija unutar zemlje kao i između različitih socijalnih grupa, što podrazumijeva:

- jednakost u finansiranju zdravstvene zaštite u skladu sa potrebama, kako regionalno tako unutar određenih socijalnih grupa,
- jednakost u smislu pristupa i dostupnosti usluga zdravstvenih ustanova, kako geografska tako i u smislu svijesti o toj dostupnosti.

⁵ Evropska povelja o pravima pacijenata, Rim 2002

Zakonodavstvo u BiH

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH⁶

Zakonom su navedeni osnovni principi zdravstvene zaštite u FBiH koji trebaju obuhvatiti sve građane Federacije, neprekidnu zdravstvenu zaštitu građanima tokom cijelog života, funkcionalno povezan i usklađen sistem zdravstvene djelatnosti u Federaciji, približno jednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito u primarnoj zaštiti – prvenstveno kroz usklađen zakonski okvir na nivou kantona i Federacije BiH.

Zakon međutim propušta da navede obaveze kantona da u određenom periodu/roku donesu ili usklade svoje akte sa Federalnim zakonom kako bi se osigurala primjena navedenih načela zdravstvene zaštite u praksi. Također, odredbe zakona koje se odnose na nadzor u primjeni zakona ne definišu odgovornost ministarstva ni ministra za uspostavljenjem funkcionalnog sistema zdravstvene zaštite na teritoriji FBiH koji će omogućiti praktičnu primjenu načela zdravstvene zaštite na cijelom području FBiH.

Zbog činjenice da se zdravstvena zaštita provodi na nivou kantona i zbog činjenice da su prava pacijenata različita od kantona do kantona od ključnog je značaja da se kroz Federalni Zakon obezbijedi mehanizam za nadzor nad usaglašavanjem kantonalnih zakona i propisa sa Federalnim zakonom i njihova dosljednu primjenu na kantonalnom nivou.

Kazne za nesprovođenje odredbi zakona su izuzetno niske, naročito ukoliko se odnose na neispunjavanje obaveze kantona za usaglašavanjem kantonalnih zakona sa Federalnim. Tako, poređenja radi, kazne za neprimjenu zakonskih odredbi u okviru Zakona o zdravstvenoj zaštiti u RS kreću se od 1000 do 15000 KM, a u FBiH između 250 do 2000 KM.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske⁷

Zakon o Zdravstvenoj zaštiti RS, zasnovan je također na načelu jednakosti, isključivo prema medicinskim indikacijama. Osnivači zdravstvenih ustanova u RS su entitet, grad, opština i druga fizička i pravna lica, a plan mreže zdravstvenih ustanova donosi Vlada RS na osnovu Strategije razvoja zdravstvene zaštite za određeni period. Za razliku od Federalnog, zakon RS prepoznaje neophodnost multisektorske saradnje u mjesnoj zajednici, kroz uspostavljanje 'odbora za zdravlje' sa članovima koji se biraju iz reda građana i drugih zainteresovanih organizacija kao što su obrazovne i socijalne ustanove, preduzeća, stručne i humanitarne organizacije.

Za nadzor nad stručnim radom zdravstvenih radnika i ustanova odgovoran je direktor i ministar ukoliko se radi o vanjskom nadzoru nad stručnim radom. Zdravstvena inspekcija vrši nadzor nad sprovođenjem zakona, drugih propisa i opštih akata, kao i nad sprovođenjem propisanih mjera u oblasti zdravstvene zaštite.

Zakon dalje daje rokove i obaveze koje se odnose na Vladu RS, ministra i Ministarstvo zdravlja, po stupanju Zakona na snagu, za razliku od Federalnog zakona koji daje rokove i 'ovlašćenja' za ministra /ministarstva.

⁶ Službene novine FBiH 29/97

⁷ Službeni glasnik RS 18/99, 62/02

Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH⁸

Prema Zakonu FBiH, obavezno zdravstveno osiguranje se zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika na nivou kantona i Federacije BiH. Zakonodavno tijelo kantona može uvesti prošireno zdravstveno osiguranje i povećati obim prava koja su obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, mada mnogi kantoni ne usaglašavaju ni osnovna prava sa Federalnim Zakonom. Sva osigurana lica, bar prema Zakonu, imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi zdravstvenog osiguranja kod kantonalnih zavoda osiguranja. Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH je zadužen za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja od interesa za sve kantone, kao i provođenje prava po osnovu konvencija, drugih međunarodnih ugovora ili zakona.

Novi **Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju**, čija je primjena počela 1.1.2009. (kantonalni organi uprave, zavodi zdravstvenog osiguranja kantona i vlade kantona, dužni su uskladiti svoje akte sa ovim Zakonom u roku od 90 dana) uveo je izmjene kojima se osigurava direktna zdravstvena zaštita djece i mladih do 18 godina i do 26 godina ako su na redovnom školovanju kao i starih osoba preko 65 godina, ukoliko nisu osigurani po drugom osnovu. Sa ovim izmjenama Zakona o zdravstvenom osiguranju u FBiH, veliki procenat djece i mladih ljudi (procjene su se kretale do 300.000 ljudi mlađih od 26 godina bez zdravstvenog osiguranja u FBiH), stekao je zakonsko pravo na osiguranje.

Na žalost, iako je tražena izmjena zakona od strane NVO, zadržana je odredba u Zakonu koja obavezuje na prijavu Zavodu za zapošljavanje po prestanku radnog odnosa ili po završetku školovanja u roku od 30 do 90 dana. Zbog propuštanja roka skoro 50% prijavljenih na Zavod za zapošljavanje gubi pravo na zdravstveno osiguranje.

Zakon o zdravstvenom osiguranju RS⁹, Pravilnik o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite¹⁰ i Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i participaciji¹¹ – na sličan način kao i u Federaciji dodatno uključuje djecu do 15 godina života i osobe preko 65 godina života na obavezno zdravstveno osiguranje (pravilnici su stupili na snagu 2007. godine).

⁸ Službene novine FBiH 30/97, 7/02, 70/08

⁹ Službeni glasnik RS 18/99, 51/01, 51/03

¹⁰ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

¹¹ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

Ko može i kako ostvariti pravo na zdravstveno osiguranje

Prema zakonima o zdravstvenom osiguranju RS i Federacije i zakonskim izmjenama iz januara 2009. u FBiH, a u RS iz maja 2008. osiguranici (uključujući i članove porodice) su, između ostalih:

- lica u radnom odnosu gdje je organizacija, tj. poslodavac obveznik uplaćivanja doprinosa;
- lica koje samostalno obavljaju privrednu ili profesionalnu djelatnost (zanatlija, ugostitelj, vlasnik preduzeća sam za sebe uplaćuje doprinose);
- lica koje obavljaju poljoprivrednu djelatnost (zemljoradnik je obveznik uplate za sebe i članove porodičnog domaćinstava), s tim da su uočeni su problemi u RS u izdavanju katastarskih rješenja u opštinama, na osnovu kojih se vrši uplata);
- nezaposlena lica za koja uplate vrše zavodi za zapošljavanje, u oba entiteta;
- penzioneri za koje uplatu vrše zavodi penzijskog i invalidskog osiguranja;
- lica smještena u ustanovama socijalne zaštite i korisnici stalne novčane pomoći – obveznici za uplatu su Zavod za socijalnu zaštitu u FBiH, a u RS opština na kojoj osiguranik ima prebivalište;
- za djecu od rođenja do polaska u osnovnu školu, kao i lica nakon navršenih 65 godina života koja nisu osigurana po drugoj osnovi, uplate vrši organ uprave kantona nadležan za poslove socijalne i dječije zaštite (FBiH);
- u RS, djeca mlađa od 15 godina, u slučaju kad roditelji nemaju osiguranje, imaju mogućnost osiguranja samo po osnovu godina života, prijavom u poslovnicu Fonda zdravstvenog osiguranja u mjestu prebivališta, na osnovu rodnog lista djeteta;
- za učenike do 18 godina i studente do 26 godina, koji nisu osigurani po drugom osnovu, uplate vrši organ uprave kantona nadležan za obrazovanje (FBiH). U RS prijave idu preko Fonda za zdravstveno osiguranje.

Zdravstvena knjižica kojom se dokazuje pravo na zdravstvenu zaštitu se u načelu ovjerava u poslovnicu Zavoda za zdravstveno osiguranje, jednom mjesečno, za zemljoradnike (u RS) ovjeravanje zdravstvene knjižice se vrši tromjesečno.

U oba entiteta vlastito zdravstveno osiguranje za djecu stariju od 15 godina, koja ne nastavljaju školovanje, dobiva se prijavom na Zavod za zapošljavanje, s tim da u FBiH postoji rok za prijavu, a u Republici Srpskoj ne.

Nezaposlene osobe, pravo na zdravstveno osiguranje ostvaruju prijavom na biro/zavode za zapošljavanje, s tim da Zavod za zapošljavanje RS ima posebnu evidenciju onih koji aktivno traže posao i onih koji su prijavljeni na Zavod isključivo radi ostvarivanja prava na zdravstveno osiguranje. Nezaposleni, koji nisu prijavljeni na biro za zapošljavanje, a koji primaju trajnu socijalnu pomoć kao što su starije osobe ili osobe bez školske spreme, pravo na ovjeru zdravstvene knjižice stiču preko centara za socijalni rad.

Vanredni studenti, pravo na zdravstveno osiguranje stiču prijavom na zavode za zapošljavanje (u oba entiteta).

Analiza novih zakonskih rješenja u FBiH

- Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava¹² i
- Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava¹³

Osnovni paket zdravstvenih prava na nivou FBiH je stupio na snagu 1. aprila 2009. Osnovni paket definira neophodan nivo zdravstvenih usluga koji se pod jednakim uslovima pruža svim osiguranicima u FBiH. Osnovnim paketom se osiguranicima garantuje pravo na lijekove sa esencijalne liste lijekova koje moraju biti iste u svim kantonima, minimum ortopedskih pomagala kao i zdravstvene usluge iz primarne, specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite. U sklopu osnovnog paketa zdravstvenih prava, Ministarstvo je definiralo i paket zdravstvenih prava za neosigurana lica. Tu su prava djece do 18 godina starosti i studenata do 26 godine života potpuno izjednačena sa pravima osiguranih lica.

Odlukom se predviđa i paket zdravstvenih prava za neosigurana lica i to za djecu do 18 godina starosti isti paket kao i za osigurana lica, te paket prava za neosigurana lica preko 18 godina starosti što uključuje:

- hitnu medicinsku pomoć u stanjima koja mogu ugroziti život,
- liječenje teških zaraznih bolesti,
- zdravstvenu zaštitu u toku trudnoće i poroda,
- zdravstvenu zaštitu duševnih bolesnika koji mogu ugroziti svoj život i život drugih lica,
- zdravstvenu zaštitu u slučaju specifičnih hroničnih bolesti,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multiple skleroze, paraplegije i kvadriplegije, epilepsije,
- zdravstvene usluge koje se obavljaju s ciljem doniranja organa u svrhu presađivanja i zdravstvene usluge vezane za darovanje krvi.

Odlukom o participaciji (stupila na snagu 1.4.2009.) utvrđuje se:

- maksimalni iznos neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava,
- osigurana lica koja se oslobađaju participacije,
- način uplate sredstava participacije.

Od plaćanja participacije oslobođena su slijedeća lica:

- djeca do navršene 15-te godine života, učenici i redovni studenti do navršene 26-te godine života,
- žene u ostvarivanju trudnoće i materinstva,
- vojni invalidi i civilne žrtve rata sa utvrđenim invaliditetom preko 60%,
- članovi porodica poginulih boraca, koji su bili pripadnici Vojske Federacije BiH,
- penzioneri čija penzija ne prelazi iznos minimalne penzije,
- lica starija od 65 godina ako nisu korisnici penzije i drugih prihoda,

¹² Službene novine FBiH 21/09

¹³ Službene novine FBiH 21/09

- osigurana lica – štíćenici socijalnih ustanova i korisnici socijalne zaštite,
- raseljena lica i izbjeglice ako nisu korisnici penzije i drugih prihoda,
- osigurana lica koji su dobrovoljni davaoci krvi više od 10 puta, darovatelji organa,
- osigurana lica koja su prijavljena kod zavoda za zapošljavanje kao nezaposleni.

Ovim odlukama se generalno ujednačava zdravstvena zaštita na nivou FBiH i smanjuje diskriminacija na teritorijalnom nivou. Npr. usluge porođaja bi sada trebale biti oslobođene participacije u svim kantonima što do sada nije bio slučaj.

Naravno, neophodno je da u svim kantonima sva nadležna tijela u oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja kao i zdravstvene ustanove usaglase svoje propise i akte sa odredbama ove Odluke o paketu zdravstvenih prava u roku od 120 dana od dana stupanja na snagu ove odluke i to do 1.7.2009. Kantoni su također obavezni u roku od 60 dana i to do 1.5.2009. uskladiti kantonalne odluke o participaciji i pozitivne liste lijekova kantona sa federalnom Odlukom o participaciji. Početak primjene osnovnog paketa za neosigurana lica što se odnosi na djecu do 18 godina i neosigurane osobe preko 18 godina, može otpočeti kada se za to osiguraju sredstava u budžetima kantona i općina za ove namjene, kao i donošenjem Uputstva o načinu ostvarivanja prava neosiguranih lica.

Kao što stoji u Obrazloženju Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, najveći izazov u kreiranju i donošenju paketa je osiguranje njegovog jednakomjernog finansiranja u svim kantonima, odnosno pronalaženje dodatnih izvora finansiranja za ove namjene. To naročito dobiva na važnosti kada se imaju u vidu podijeljene nadležnosti u oblasti zdravstva utvrđene Ustavom Federacije BiH, sa posebnim akcentom na finansiranje zdravstva koje se obavlja isključivo na nivou kantona. Iz tih razloga implementacija osnovnog paketa zdravstvenih prava predstavljat će zajednički zadatak svih tijela vlasti od općine, kantona do Federacije, ali i zadatak Zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji, zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca.

Naravno, potrebno je pratiti da li će kantoni u predviđenim rokovima usaglasiti svoje odluke sa Federalnom odlukom i da li će osigurati sredstva. Rok za usaglašavanje kantonalnih odluka i propisa sa Federalnom Odlukom o participaciji je već istekao 1.5.2009.

Nacrt novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH, usvojen je u Predstavničkom domu Parlamenta FBiH u martu 2009. sa zaključkom da se Nacrt stavi u javnu raspravu, ali diskusija nije otvorena do dana izdavanja ove analize (maj 2009). Dom naroda još uvijek nije razmatrao ponuđeni Nacrt novog zakona.

U obrazloženju Nacrta zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da je usklađen sa standardima i normativima Evropske unije i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, s posebnim naglaskom na funkcije potrebne za priključivanje Evropskoj uniji kao što su: prava pacijenata, kvalitet, sigurnost i efikasnost zdravstvene zaštite, tržišna ekonomija, slobodno kretanje pacijenata i zdravstvenih profesionalaca, javno zdravlje, sloboda kretanja roba, kao i koordinacija politike Evropske unije.

Akcionni plan BiH za rješavanje problema Roma u oblastima zapošljavanja, stambenog zbrinjavanja i zdravstvene zaštite iz 2008 iniciran je ratifikacijom Okvirne konvencije za zaštitu nacionalnih manjina kao i pristupanjem BiH Dekadi uključenja Roma 2005-2015 koja obavezuje zemlje potpisnice (zemlje jugoistočne Evrope) na suzbijanje diskriminacije i smanjivanje razlika između Roma i ostalog dijela društva. Izradom Akcionog plana za

zdravstvenu zaštitu Roma, Bosna i Hercegovina je definisala ciljeve i mjere za poboljšanje zdravstvene zaštite Roma, njihovo uključivanje u postojeći sistem zdravstvene zaštite. Glavni cilj u zdravstvenoj zaštiti je osiguranje prava na zdravstvenu zaštitu što uključuje mjere:

- upis novorođene djece i ostalih pripadnika romske nacionalne manjine koji nisu upisani u matičnu evidenciju, kao osnovni uvjet za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu;
- izrada baze podataka osiguranih pripadnika romske nacionalne manjine, korisnika zdravstvene zaštite, po spolnoj i starosnoj strukturi kao uvjet za proračun finansijskih sredstava za obezbjeđivanja statusa osigurane osobe;
- usklađivanje zakonske regulative kako bi se pravo na zdravstvenu zaštitu pripadnika romske nacionalne manjine ostvarivala na jedinstven način u cijeloj BiH;
- obavezivanje vlada na svim nivoima vlasti u BiH da osiguraju sredstva za osiguranje prava na zdravstvenu zaštitu za sve pripadnike romske nacionalne manjine koji nisu osigurani po drugom osnovu što predviđa sredstva za pokriće prava na zdravstvenu zaštitu za oko 50.000 novoregistriranih osiguranih pripadnika romske manjine. Ta sredstva iznose 400 KM po osiguranoj osobi godišnje, ukupno 20.000.0000 KM godišnje.

Zakon o pravima pacijenata nema ni Republika Srpska ni Federacija BiH.

Praksa u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu

Federacija BiH

Pregled broja stanovnika, osiguranih lica i stepena obuhvata osiguranjem u FBiH u 2006. i 2007. godini¹⁴

KANTON	BROJ STANOV.		BROJ OSIGUR. LICA		OBUH u % OSIG.	
	2006.	2007.	2006.	2007.	2006.	2007.
Unsko-sanski	287.624	287.878	206.841	208.259	71,91	72,34
Posavski	41.264	41.187	31.286	29.217	75,82	70,93
Tuzlanski	496.280	496.830	446.830	442.707	90,04	89,10
Zeničko-dobojski	401.590	401.796	344.736	346.741	85,85	86,29
Bosansko-podrinjski	33.717	33.662	25.975	25.101	77,04	74,56
Srednjo-bosanski	256.191	256.339	212.399	199.651	82,91	77,88
Hercegovačko-neretvanski	227.630	227.473	179.151	184.477	78,70	81,09
Zapadno-hercegovački	82.082	82.095	65.756	65.465	80,11	79,74
Sarajevo	418.891	419.030	389.715	393.162	93,03	93,82
Herceg-Bosanski, Livno	82.197	82.086	51.744	52.971	62,95	64,53
Ukupno	2.327.466	2.328.359	1.954.460	1.947.751	83,97	83,65

Podaci iz gore navedene tabele su podaci Zavoda zdravstvenog osiguranja FBiH. Vidljive su razlike u pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem unutar kantona u FBiH. Kanton Sarajevo ima najveću pokrivenost od 93,82%, a kanton Livno, najmanju od 64,53%.

Primjenu novih zakonskih rješenja koja su na snazi od 1. januara 2009. u FBiH, a koja bi trebala povećati procenat osiguranika, naročito djece i osoba preko 65 godina nije još uvijek bilo moguće pratiti kroz statistike.

Republika Srpska (podaci iz 2008)¹⁵

Prema podacima od 31.12.2008. godine, na obavezno zdravstveno osiguranje u RS je bilo prijavljeno ukupno 1.135.218 građana. Od tog broja, u svakom mjesecu 2008. godine doprinos za zdravstveno osiguranje je uplaćen za 987.616 prijavljenih na zdravstveno osiguranje i oni su na osnovu toga imali pravo na ovjerenu zdravstvenu knjižicu.

¹⁴ Izvor podataka: Zavod zdravstvenog osiguranja FBiH, Obračun sredstava u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine u 2007. godini

¹⁵ Podaci iz Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske

O odnosu ukupnog broja stanovnika i ukupnog broja osiguranih lica, odnosno o procentu neosiguranih ne postoje pouzdani podaci s obzirom na to da nije bilo popisa stanovništva od 1991. godine i da se statistički podaci baziraju na procjeni. U Fondu zdravstvenog osiguranja smatra se da se najobjektivniji podatak o broju stanovnika u Republici Srpskoj može izvesti iz broja registrovanog stanovništva za timove porodične medicine, koji je krajem 2008. godine dodatno ažuriran. Objektivnost ovoga podatka potvrđuje i ukupan broj prijavljenih na zdravstveno osiguranje među kojima se nalaze i oni za koje se doprinos ne uplaćuje redovno, a i oni za koje doprinos nije uplaćen ni za jedan mjesec u 2008. godini. Broj registrovanih stanovnika za timove porodične medicine, prema posljednjim podacima, iznosi 1.221.899.

U odnosu na ovaj broj, procenat građana koji su tokom cijele 2008. godine imali pravo na ovjerenu zdravstvenu knjižicu iznosi 80,82 %, a procenat prijavljenih građana na obavezno zdravstveno osiguranje iznosi 92,90 %. Iz ovoga slijedi da **19,18 % stanovnika Republike Srpske u 2008. godini nije bilo u mogućnosti da ovjeri zdravstvenu knjižicu i da koristi prava iz zdravstvenog osiguranja.**

Od sredine 2007. godine kod tri kategorije stanovnika postignuta je 100 % obuhvaćenost zdravstvenim osiguranjem: djeca do 15 godina, lica preko 65 godina i trudnice i porodilje do navršene prve godine života djeteta. Za ove kategorije građana ovjera zdravstvene knjižice se vrši čak i onda kada doprinos za zdravstveno osiguranje nije uplaćen.

Prema analizi, koja je rađena u Fondu zdravstvenog osiguranja u 2008. godini, najveći broj neosiguranih bio je u kategoriji poljoprivrednika i radnika zaposlenih u preduzećima u stečaju. Kod poljoprivrednika je postajao problem formalne prirode jer je Zakon o doprinosima za njih propisao da je katastarski prihod osnovica za obračun doprinosa, a kako većina opština nije izvršila razrez katastarskog prihoda, nije bilo načina da se za njih obračuna doprinos. Ovaj problem je riješen Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima, koji se primjenjuje od 1. januara ove godine i kojim je propisana nova osnovica za ovu kategoriju stanovnika (30% prosječne bruto plate isplaćene u RS u prethodnom mjesecu). Početkom ove godine, Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja je usvojio Inicijativu za zdravstveno osiguranje preostalih kategorija neosiguranog stanovništva, koja je upućena na dalju proceduru. Ovim dokumentom je posebno istaknut problem zdravstvenog osiguranja radnika u preduzećima u stečaju i članova njihovih porodica. Realizacijom ove inicijative, u Republici Srpskoj bi bio ostvaren cilj da se procenat neosiguranih svede na prosjek zemalja EU, koji ne prelazi 8 %, odnosno da se postigne potpuni obuhvat stanovništva obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Podatke o broju radnika zaposlenih u preduzećima u stečaju nismo mogli dobiti, ni od Sindikata Republike Srpske, ni od Udruženja stečajnih upravnika. Prema podacima Investiciono-razvojne banke Republike Srpske u RS postoji 110 preduzeća koja su u procesu stečaja i za pretpostaviti je da je većina radnika zaposlenih u tim preduzećima bez zdravstvenog osiguranja.

Ko su isključeni građani i grupe iz sistema zdravstvene zaštite i razlozi isključenosti

Zdravstveno su neosigurani radnici kojima nije uvezan staž, tj. radnici na čekanju ili radnici u radnom odnosu kojima poslodavci nisu uplaćivali doprinose za penziono i zdravstveno osiguranje. Prema Samostalnom sindikatu metalaca FBiH takvih radnika je oko 25.000 samo u metalnoj industriji, a neki pokazatelji govore da bi ukupno moglo biti još oko 25.000 radnika i u drugim granama bilo na čekanju ili neuvezanog staža. Uvezivanje staža metalnim radnicima je trenutno predmet pregovora između Sindikata metalaca i Vlade FBiH, kroz uspostavljenu 'Komisiju za uvezivanje staža', koja do sada nije ponudila konkretna rješenja za metalske radnike. Zdravstveno su neosigurani i zaposleni radnici za koje poslodavci ne uplaćuju doprinose, što je naročito izraženo u oblasti trgovine i ugostiteljstva. Radnici u zadnje vrijeme sve više koriste štrajk kao zadnje rješenje u ostvarivanju prava na uplatu zarađenih zdravstveno-penzijskih doprinosa.

Zdravstveno su neosigurani radnici u FBiH kojima je prestao radni odnos, a koji su propustili da se u roku od 30 dana prijave na Zavod za zapošljavanje. Tu se ubrajaju i radnici kojima su poslodavci propustili da daju rješenja o otkazu u roku od 30 dana po prestanku radnog odnosa. Ovi radnici trajno gube pravo na zdravstveno osiguranje preko Zavoda za zapošljavanje.

Pravo na zdravstveno osiguranje preko Zavoda za zapošljavanje u FBiH nemaju ni učenici ili studenti koju su završili školovanje, a koji se u datom roku od 30 dana nisu prijavili na Zavod.

Prema nedavno donešenom Akcionom planu za zdravstvenu zaštitu Roma¹⁶ trenutno ima 50.000 zdravstveno neregistrovanih pripadnika romske manjine, od ukupno 76.000 Roma koji žive u BiH. Broj zaposlenih Roma sa kreće oko 2-3%. Dio nezaposlenih, pravo na zdravstveno osiguranje može ostvariti preko zavoda za zapošljavanje u RS i FBiH, s tim da postoje razlike. U RS zdravstveno su osigurani svi oni koji su prijavljeni na Zavod za zapošljavanje dok u FBiH postoje ograničavajući uvjeti.

Dodatno, najveći broj djece Roma koji mogu ostvariti pravo na direktno zdravstveno osiguranje do 15. godine nema zdravstvene knjižice jer nemaju lične dokumente bez kojih ne mogu ni izvaditi zdravstvene knjižice, čemu doprinosi ustaljena praksa neispunjavanja društvenih obaveza kao što je prijavljivanje novorođene djece od strane pripadnika romske manjine. Akcioni plan predviđa izdavanje od 34.700.000 KM (do 2015.) za osiguranje zdravstvene zaštite Roma. Predviđena su izdavanja iz budžeta institucija vlasti u iznosu od 70%, dok se 30% treba obezbijediti iz donatorskih sredstava.

Zdravstveno su neosigurani samozaposleni radnici u tzv. sivoj ekonomiji koji sebi ne uplaćuju doprinose na dobrovoljnoj osnovi kao što su radnici na pijaci, ulični prodavači i sl., a istovremeno nisu prijavljeni na biro za zapošljavanje. Npr. u pregledu osiguranika u RS i

¹⁶ Akcioni plan BiH za rješavanje problema Roma u oblastima zapošljavanja, stambenog zbrinjavanja i zdravstvene zaštite - World Vision, Ministarstvo za ljudska prava i izvještice, BOSPO, Romski informativni centar, Romska mreža, 2009.

FBiH , pod kategorijom 'osoba koje same uplaćuju doprinose' u RS nema tako prijavljenih dok ih u FBiH ima oko 9000.¹⁷

Osobe sa težim invaliditetom koje nisu u radnom odnosu i dalje ne ostvaruju prava iz oblasti zdravstvene zaštite kao direktni osiguranici, nego indirektno preko člana porodice koji nisu uvijek ni sami zdravstveno osigurani.

Zdravstveno je neosiguran velik broj ruralnog, a nezaposlenog stanovništva kao npr.zemljoradnici, koji sebi ne uplaćuju obavezno zdravstveno osiguranje.

Dostupnost zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti ograničena je velikom broju starih osoba zbog fizičke/teritorijalne nedostupnosti zdravstvenim ustanovama. Naime, većina osoba sa invaliditetom, ali i drugo stanovništvo, naročito stari i iznemogli u ruralnim i nerazvijenim područjima nije obuhvaćeno mjerama primarne zdravstvene zaštite.

U grupu neosiguranog stanovništva spada i veliki procenat nedovoljno informisanog stanovništva, naročito ugroženih grupa građana, o tome kako ostvariti prava na zdravstvenu zaštitu, što je uzrokovano nedovoljnom, neadekvatnom i nedostupnom informacijom od strane relevantnih institucija. Izražena je neinformisanost naročito školske djece jer ministarstvo obrazovanja i škole ne pružaju informaciju.

¹⁷ Izvještaj o humanom razvoju, UNDP, 2007

Diskriminacija u zdravstvenoj zaštiti

Diskriminacija po teritorijanoj osnovi

Ukratko, ne postoji univerzalni pristup zdravstvenoj zaštiti na cijelom području BiH kako to nalaže Povelja i drugi međunarodni dokumenti. Izražena je nejednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti kako u geografskom pogledu tako i finansijskom, u ovisnosti od finansijske moći pojedinih područja.

U FBiH sistem i nadležnosti su rascjepkani na deset kantona što rezultira razlikama u obimu i ostvarivanju prava na nivou kantona zavisno od njegove ekonomske moći. Problemi su i u različitom stepenu opremljenosti zdravstvenih ustanova, nejednačene dostupnosti zdravstvenih usluga u slabije razvijenim područjima.

Pogodnosti zdravstvene zaštite ne uživaju jednako svi građani bez ikakve diskriminacije jer je trenutni način pružanja zaštite skoncentrisan u gradovima, a pristup zaštiti otežan je naročito seoskoj populaciji čija područja nisu javni transportom povezana sa urbanim centrima. Osobe osigurane u različitim kantonima imaju različita prava i različit pristup uslugama zdravstvene zaštite, naročito tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, što je posljedica različitih iznosa prihoda sakupljenih kroz zdravstvene fondove.

Obim prava iz osnovne zdravstvene zaštite (plaćene i neplaćene zdravstvene usluge) se razlikuje u kantonima na nivou Federacije. Tako u praksi postoje razlike oko plaćanja porođaja (participacije) - porođaj je u nekim kantonima besplatan u drugim nije (Tuzlanski kanton naplaćuje participaciju za porod u iznosu od 50 KM), u RS u obim osnovnih prava ulazi pravo na dvije umjetne oplodnje dok u FBiH ne, preventivne mjere i pregledi (mamografija, papa test) su negdje u okviru liste prava tj. besplatni, negdje ne.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti FBiH navedeno je načelo cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti što se prema zakonu treba osigurati putem slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije. Međutim, ostvarenje ovog načela nije osigurano u praksi naročito povratničkoj populaciji. Naime, pravo na zdravstvenu zaštitu stiže se prijavom boravka u novo prebivalište i samo tu se može realizirati. Međutim, među povratničkom populacijom često je prisutno nepovjerenje u lokalnu zajednicu pogotovo u mjestima gdje su počinjeni teški zločini, a nemaju mogućnost slobodnog izbora doktora.

Nova Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava trebalo bi da bar zakonski unese više reda u oblasti ujednačavanja prava i zaštite na nivou FBiH.

Naročito diskriminisane specifične grupe stanovništva

Zdravstvenu zaštitu osoba sa invaliditetom karakteriše diskriminacija po uzroku nastanka invaliditeta i različit obim prava iz zdravstvene zaštite/osiguranja za osobe sa invaliditetom stečenim u ratu ili nevezano za ratna zbivanja.

Za osobe sa invaliditetom nije univerzalno rješena dostupnost zdravstvenim ustanovama (ambulante, domovi zdravlja) što zbog fizičke nedostupnosti, što zbog neopremljenosti u

smislu prilagođavanja potrebama osoba sa invaliditetom kao što su spuštene šalteri za osobe u kolicima, zvučni signali za slijepo osobe, natpisi za gluhe, oprema za ginekološke preglede žena u kolicima i sl. Također, neodgovarajuća je obučenost i stručnost medicinskog i paramedicinskog osoblja u pružanju pomoći osobama sa invaliditetom.

U ostvarivanju prava na pomagala postoji diskriminacija po uzroku nastanka i vrsti invaliditeta kao i prebivalištu, gdje se pravo na isto pomagalo ne ostvaruje pod istim uvjetima. Za nabavku pomagala učešće fondova je neujednačeno, dok je lično učešće osiguranika osoba sa invaliditetom veliko.

Većina osoba sa invaliditetom, ali i drugo stanovništvo (naročito stari i iznemogli) u ruralnim i nerazvijenim područjima nije obuhvaćeno mjerama primarne zdravstvene zaštite.

S obzirom da je među žrtvama nasilja veliki broj osoba koje nemaju zdravstveno osiguranje, pojavljuju se problemi u praksi u postupku pružanja potrebne zdravstvene pomoći žrtvi nasilja. Teško je odrediti broj tih osoba jer u programu statističkih istraživanja nije predviđeno prijavljivanje/evidentiranje slučajeva nasilja u porodici, niti za to postoji adekvatan obrazac. S tim u vezi, zdravstvene ustanove koje konstatiraju i registriraju nasilje u porodici nisu dužne dostaviti ovakve podatke zavodima za javno zdravstvo u Federaciji BiH.

Žene su ugrožene na način da su za specifične preglede koji se odnose na žene (PAPA test, mamografija) liste čekanja za pregled duge i do godinu i po.

Informisanje u oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja

U grupi neosiguranog stanovništva veliki je procenat nedovoljno informisanog stanovništva, naročito ugroženih grupa građana, o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, što je uzrokovano nedovoljnom, neadekvatnom i nedostupnom informacijom od strane relevantnih institucija.

Država nije *'predvidjela savjetodavne ili obrazovne mogućnosti za promoviranje zdravlja i poticanja individualne odgovornosti u pitanjima zdravlja kroz savjetodavne i obrazovne mjere, informativne kampanje i službe savjetovanja u školama i na druge načine'* kako nalaže Evropska socijalna povelja. Stalne službe/metode savjetovanja u školama u okviru stalnog unaprjeđenja zdravstvenog obrazovanja gotovo da ne postoje, javnost je informisana od strane medija jedino o pojavi gripe i zaraznih bolesti (npr. bruceloza) kada su one već uveliko nastupile. Javna, redovna edukacija o prevenciji zaraznih bolesti kao što su spolno prenosive bolesti, bruceloza i sl. putem medija ili na drugi način ne postoji.

Obaveza informisanja, nije dovoljno zakonski regulisana i institucije izbjegavaju i minimalne obaveze informisanja građana. Pacijenti nisu obaviješteni o svojim pravima, kako od organa vlasti tako i od zdravstvenih ustanova, škola, zavoda zdravstvenog osiguranja i drugih relevantnih institucija. Posljedice loše obaviještenosti građana o pravima iz zdravstvenog osiguranja prvenstveno snose sami građani, iako bi institucije morale preuzeti odgovornost.

Pozivanje na Zakon o slobodi pristupa informacijama u FBiH kojim pacijent može od zdravstvenih ustanova i Zavoda zdravstvenog osiguranja tražiti informaciju, na što se pozivaju zvaničnici u zdravstvu, ne oslobađa od obaveze ministarstava zdravstva i zavode zdravstvenog osiguranja da, prema međunarodnim standardima, *'kroz savjetodavne i obrazovne mjere, informativne kampanje i službe savjetovanja u školama i na druge načine stalno unapređuje zdravstveno obrazovanje (Povelja, Član 11)'*.

Nisu donešeni zakoni o pravima pacijenata ni u RS ni u FBiH.

Ne postoji sistem informisanja od strane ministarstava (ministarstva obrazovanja, ministarstva/zavoda zdravstvene zaštite) o načinu ostvarivanja prava u zdravstvenoj zaštiti i osiguranju. U Fondu zdravstvenog osiguranja RS procjenjuju da se radi o 7000 djece koja nisu zdravstveno osigurana, a kao glavni razlog tome navode neobaviještenost o načinu ostvarivanja direktnog osiguranja. Npr. učenike i roditelje djece koja su stekla pravo na direktno osiguranje sa izmjenama zakona koje su stupila na snagu u januaru 2009. u Federaciji BiH, niko nije obavjestio o tome.

Same ustanove zdravstvene zaštite nisu uvijek zainteresovane za pružanje informacija o pravima iz zdravstvene zaštite. Npr. Univezitetско-klinički centar u Tuzli nije dopustio da NVO 'Zemlja djece' postavi letke o pravima žena i djece na informativni pult bolnice.

Preporuke

Neophodne zakonske izmjene

- Potrebno je donijeti jedinstven zakon ili entitetske zakone o pravima pacijenata, koji će između ostalog, regulisati obavezu informisanja građana o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite i osiguranja, kao i o mogućnostima i pravima u okviru zdravstvene zaštite.
- Potrebno je izmjenama Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH i Zakona o posredovanju u zapošljavanju FBiH ukinuti rok od 30 dana za prijavu na Zavod za zapošljavanje, kojim se trajno gubi pravo na ostvarivanje zdravstvenog osiguranja preko Zavoda. Time će se Federalni zakoni uskladiti sa zakonima Republike Srpske koji nemaju definisan rok za prijavu na Zavod za zapošljavanje.
- U okviru procesa donošenja novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti u FBiH, potrebno je osigurati javnu diskusiju o predloženom Nacrtu zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH koja treba uključiti sve aktere u ovoj oblasti i druge zainteresovane u društvu.
- Kroz izmjene i dopune zakona o zdravstvenom osiguranju potrebno je omogućiti da sve osobe sa teškim i višestrukim invaliditetom imaju pravo na direktno zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu bez diskriminacije.
- Potrebno je da Parlament BiH i Vijeće ministara BiH razmotri preporuku Evropske komisije¹⁸ koja nalaže da se državnoj vlasti da više nadležnosti u smislu razvoja zdravstvenih politika i zakonodavstva. Problemi vezani za nejednakost prava u zdravstvenoj zaštiti, različite cijene servisa zdravstvene zaštite, neprenosivost zdravstvenih fondova kao i veliki broj stanovništva bez zdravstvenog osiguranja mogu se riješiti uspostavljanjem univerzalnog osiguranja u cijeloj BiH i uvođenjem šema koje uključuju minimum standarda u zdravstvenoj zaštiti, osnovni paket zdravstvenih usluga, jednostavan i transparentan sistem naplate za međuentitetsko osiguranje koji će biti u stanju da usaglasi razlike u nivou razvoja ekonomije i prihoda.

Za implementaciju zakona i zakonskih akata u praksi

- Kantonalne vlasti moraju osigurati sredstva u budžetima za primjenu zakona, specifično Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH i primjenu Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava. Iako su kantoni obavezni primjenjivati nove zakonske odredbe u 2009., oni još uvijek (maj 2009.) nisu za tu svrhu planirali/izdvojili sredstva u budžetima za 2009. Samim tim proizlazi potreba da se zakonskim rješenjima jasno definišu obaveze kantonalnih i federanog nivoa vlasti kako bi se osigurala dosljedna primjena zakona u praksi, što i jeste svrha donošenja zakonskih rješenja. Svi nivoi vlasti i pojedinci koji propuste u zadatim rokovima ispuniti predviđene obaveze trebaju snositi posljedice.

¹⁸ Social protection and social inclusion in BiH, European Commission, DG for employment, social affairs and equal opportunities, July 2008

- Parlament Federacije treba zahtijevati redovno, kvartalno informisanje o stepenu implementacije novih zakonskih rješenja u praksi, a naročito o implementaciji Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava i Odluke o participaciji koje su donešene na Federalnom nivou, a čija se primjena mora osigurati na kantonalnom nivou.
- Prema utvrđenim rokovima iz Akcionog plana za zdravstvenu zaštitu Roma, nadležne institucije, primarno vlade i parlamenti na svim nivoima, trebaju osigurati sredstva za ostvarivanje prava na zaštitu za sve pripadnike romske manjine koji nisu osigurani po drugoj osnovi. Rok je godinu dana od usvajanja Akcionog plana i teče od 3. jula 2008. To znači da su u budžetima za 2009. godinu već trebala biti predviđena sredstva za realizaciju. Ključna odgovornost je na Vijeću Roma, Vijeću za nacionalne manjine pri Parlamentarnoj skupštini BiH, Odboru za Rome pri Vijeću ministara BiH, Uredu Ombudsmana BiH i Vijeću za djecu da vrše monitoring implementacije Akcionog plana i adekvatno reaguju.
- Kako bi se riješilo pitanje oko 50.000 neosiguranih radnika u FBiH, Vlada FBiH treba da realizira zahtjeve Sindikata metalaca i zaključke Parlamenta FBiH od 21.4.2009. i da:
 - a) izvrši povezivanje radnog staža za radnike zaposlene u privrednim društvima sa većinskim državnim kapitalom,
 - b) do 21. juna 2009. predloži realna rješenja za povezivanje staža ostalih uposlenika, s tim da predložena rješenja trebaju očuvati stabilnost MIO/PIO.

Za informisanje građana o pravima iz zdravstvene zaštite

- Potrebno je da entitetska ministarstva zdravlja i zavodi za zdravstveno osiguranje donesu programe i akcione planove za informisanje građana o pravima iz zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite koji će pravovremeno i trajno obezbjeđivati informaciju o izmjenama postojećih i donošenju novih zakonskih rješenja, kako bi građani mogli uživati u pravima predviđim zakonom. Sistem informisanja treba uključiti sve subjekte u osiguranju zdravstvene zaštite: zdravstvene insitucije (ambulante porodične medicine, domove zdravlja, bolnice i sl.); obrazovne insitucije (osnovne, srednje škole i fakultete), socijalne službe (centre za socijalni rad), mjesne zajednice, opštine kao i sredstva javnog informisanja.
- Potrebno je da svi gore navedeni akteri u oblasti zdravstvenog osiguranja uspostave jasnije administrativne procedure u registraciji za zdravstveno osiguranje što će povećati pristup zdravstvenom osiguranju i ujedno informisati građane o mogućnostima u okviru zdravstvene zaštite.
- Obavezu informisanja građana o pravima iz oblasti zdravstvenog osiguranja potrebno zakonom regulisati i na kantonalnom i entitetskom nivou.
- Zdravstvene institucije moraju donijeti mjere i definisati saradnju sa medijima u cilju promocije prava iz zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja građana.