



Zašto nismo jednaki u pravima iz zdravstvene zaštite?

Pregled stanja i preporuke za djelovanje

Projekat finansiraju:



Evropska unija

Open Society Fund
Bosna i Hercegovina



Fond
društvene solidarnosti
Social Partnership

PRAVA ZA SVE
učinimo ljudska prava stvarnim



Zašto nismo jednaki u pravima iz zdravstvene zaštite? Pregled stanja i preporuke za djelovanje

Projekat finansiraju:



Evropska unija

Open
Society Fund
Bosnia & Herzegovina



Fond
otvoreno društvo
Bosna i Hercegovina

novembar 2010.

Zašto nisamo jednaki u pravima iz zdravstvene zaštite? Pregled stanja i preporuke za djelovanje

Projekat implementira: Inicijativa i civilna akcija (ICVA)

u saradnji sa: Prava za sve BiH i

organizacijama civilnog društva u BiH (abecednim redom):

Biro za ljudska prava, Tuzla; Bolja budućnost, Tuzla; Caritas BK BiH; Crveni križ tuzlanskog kantona; Helsinški komitet za ljudska prava u BiH, Sarajevo; Koodinacioni odbor invalidskih organizacija Republike Srpske, Banja Luka; Sumero, Sarajevo; Udružene žene, Banjaluka; Vive žene, Tuzla; Zdravo da ste, Banja Luka; Zemlja djece, Tuzla; Žena BiH, Mostar

Izradu ove publikacije su finansirali:

Evropska unija
Fond otvoreno društvo BiH

Ova publikacija je izrađena uz pomoć Evropske unije. Sadržaj publikacije je isključiva odgovornost ICVA i ne odražava nužno stajališta Evropske unije

Sadržaj

1.	Uvod – pregled stanja	1
2.	Zakoni	3
	<ul style="list-style-type: none">▪ Zakon o zdravstvenom osiguranju FBiH i Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH▪ Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH▪ Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava u FBiH▪ Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava (Odluka o participaciji)▪ Zakon o zdravstvenom osiguranju RS▪ Pravilnik o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite i Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i participaciji▪ Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS▪ Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH	
3.	Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu	9
	3.a. Ko su isključeni iz sistema zdravstvene zaštite	
	Republika Srpska	
	Federacija BiH	
	3. b. Praksa u primjeni zakona	12
	<ul style="list-style-type: none">▪ Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FbiH▪ Odluke o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava FBiH (Odluke o participaciji)▪ Pravilnika o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite RS i Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i participaciji RS▪ Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH▪ Odluke o prihvatanju liste esencijalnih lijekova u medicini FBiH	
4.	Diskriminacija u zdravstvenoj zaštiti	17
5.	Informisanje o pravima iz zdravstvene zaštite	18
6.	Zaključci, izazovi, preporuke	19
7.	Dodatak	21
	Tabela 1. Pregled osiguranika i osiguranih lica u FBiH	
	Tabela 2. Izdavanje za lijekove na recept u 2006. godini po kantonima	

1. Uvod - pregled stanja

BiH ima 13 ministarstava zdravstva, 13 zdravstvenih fondova i brojne insitute. 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 osiguranju i pokriva cijelu teritoriju RS. Brčko distrikt ima poseban zdravstveni fond od 2002. godine.

Federalnom ministarstvu zdravlja namijenjena je uloga kreatora politike i zakona iz ove oblasti, uz konsenzus kantona, a kantonima je dodijeljena uloga implementatora utvrđenih politika i zakona, kao i većinskog finansijera provođenja svih politika, zakona i rada insitucija. Istovremeno, Federacija nema mehanizama bilo kakvog kontrolnog djelovanja prema nižim nivoima vlasti u smislu praćenja provođenja ovako utvrđenih politika. što dovodi do toga da kantonalni propisi iz oblasti zdravstva često nisu usaglašeni s federalnim propisima, a u nekim slučajevima čak i suprotno uređuju ista pitanja. Šta više, na nivou kantona često se provode kantonalne politike, ministarske ili skupštinske odluke koje nisu usaglašene ili su u suprotnosti sa federalnim zakonima.

Ovako fragmentiran i decentralizovan sistem zdravstvene zaštite bez jasnog sistema upravljanja i odgovornosti dovodi do otežanog i diskriminirajućeg pristupa zdravstvenim uslugama za sve građane. Osobe osigurane u različitim entitetima i kantonima imaju različita prava i različit pristup uslugama zdravstvene zaštite. Usluge zdravstvene zaštite nisu uopšte prenosive između dva entiteta, a samo u ograničenom obimu su prenosive između kantona u FBiH.

Također, pogodnosti zdravstvene zaštite nejednako su raspoređene u korist gradova uz otežavajući pristup seoskoj populaciji koja živi u područjima koja nisu povezana javnim transportom a što najviše pogađa stare i iznemogle osobe.

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 (ambulance, domovi zdravlja) što zbog fizičke nedostupnosti, što zbog neopremljenosti u smislu prilagođavanja potrebama osoba sa invaliditetom.

Građani su generalno neobavješteni o svojim pravima, rijetko traže svoja prava pred sudovima i drugim nadležnim institucijama, koje tako, nesmetano i bez posljedica nastavljaju sa kršenjm prava ogromnog broja građana. Informisanje od strane institucija u sistemu

zdravstvene zaštite nije zakonima regulisano. Institucije države nerijetko svjesno propuštaju da daju informaciju o pravima iz zdravstvene zaštite i tako utiču na broj zdravstveno osiguranih građana i građana koji traže svoja prava u zdravstvenim inistucijama ili pred sudovima.

2. Zakoni

Postojeći zakoni u okviru zdravstvene zaštite i osiguranja regulišu zdravstvenu zaštitu i osiguranje na entitetskom nivou. Na nivou države nema nikakvih aktivnosti u cilju harmonizacije entitetskih zakona ili uspostavljanja jedinstvenog pristupa zdravstvenoj zaštiti za sve građane. Na nivou entiteta, započelo je usaglašavanje zakona i propisa sa međunarodnim standardima u zdravstvenoj zaštiti, kroz donošenje novih zakona (Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH, Zakon o pravima obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH i RS, *Zakon o zdravstvenom osiguranju FBiH je u pripremi*) međutim promjene idu sporo, a poseban problem predstavlja provođenje zakona u praksi.

Na snazi je **Zakon o zdravstvenom osiguranju FBiH¹** s tim da je u pripremi novi zakon, a pokrenuto je i nekoliko zahtjeva za izmjene postojećeg zakona. Primjena **Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH²** je počela 1.1.2009. a kantonalni organi uprave, zavodi zdravstvenog osiguranja kantona i vlade kantona, bili su dužni su uskladiti svoje akte sa ovim Zakonom u roku od 90 dana. Zakon je uveo 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 bi zakonsko pravo na osiguranje.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH³ je stupio na snagu u avgustu 2010. sa rokom za donošenje podzakonskih akata i usklađivanje akata zdravstvenih ustanova sa Zakonom od tri do šest mjeseci od donošenja Zakona (rokovi ističu u novembru 2010./januaru 2011.), tako da će u prelaznom periodu biti važeće odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH iz 1997.

Zakon kaže:

- *Opštinski načelnik, kantonalni ministri i federalni ministar će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona imenovati zdravstvene savjete;*
- *Podzakonski akti donijeće se u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona;*
- *Zdravstvene ustanove dužne su u roku od devet mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona uskladiti svoje opšte akte i poslovanje sa odredbama ovog zakona i*

¹ Službene novine FBiH 30/97, 7/02, 70/08

² Službene novine FBiH 70/08

³ Službene novine FBiH 46/2010

propisa donijetih na osnovu ovog zakona, te imenovati komisiju iz člana 61. ovog zakona.

U fazi donošenja ovog Zakona učinjen je pozitivan iskorak u radu Komisije za zdravstvo Parlamenta Federacije BiH i organizovane su javne diskusije o Nacrtu zakona na koji su i nevladine organizacije dale svoje komentare. Međutim negativno je što ni jedan komentar NVO nije uvršten u završni tekst zakona. Komentari su se odnosili na:

- proširenje mjera zdravstvene zaštite dodajući mjeru: „informisanje stanovništva o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu i zdravlje“;
- proširenje uslova koje zdravstvena ustanova treba ispuniti kako bi mogla obavljati zdravstvenu djelatnost dodajući uslov: „da su fizički dostupne i prilagođene potrebama osoba sa invaliditetom u skladu sa Uredbom o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uvjetima i normativima za spječavanje stvaranja svih barijera za osobe sa invaliditetom“;
- usklađivanje obaveza u skladu sa donešenim Zakonom o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH koje su obuhvatile do tada isključene kategorije djece – djece od rođenja do 15 godina starosti koja ne ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje po drugom osnovu;
- utvrđivanje rokova i preciziranje obaveza kantona vezane za usaglašavanje kantonalnih propisa sa Federalnim zakonom;
- određivanje sankcija/kazni za kantonalna ministarstva (ministre) koji, u zakonom predviđenom roku, ne osiguraju usaglašavanje kantonalnih propisa sa Federalnim Zakonom.

Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava u FBiH⁴ je stupila 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. Definisan je 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. Paket prava za neosigurana lica preko 18 godina starosti 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,

⁴ Službene novine FBiH 21/09

- zdravstvenu zaštitu u slučaju specifičnih hroničnih bolesti,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multiple skleroze, paraplegije i kvadruplegije, epilepsije,
- zdravstvene usluge koje se obavljaju s ciljem doniranja organa u svrhu presađivanja i zdravstvene usluge vezane za darovanje krvi.

Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava⁵ (Odluka o participaciji) stupila je na snagu 1.4.2009.

Prema Odluci, 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,
- osigurana lica – šticećenici 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, koje su do donošenja Odluke o participaciji, bile različito naplaćivane/nenaplaćivane po kantonima, trebaju biti oslobođene participacije u svim kantonima.

Naravno, neophodno je bilo da u svim kantonima sva nadležna tijela u oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja kao i zdravstvene ustanove usaglase svoje propise i akte sa odredbama Odluke o paketu zdravstvenih prava u roku od 120 dana od dana stupanja na snagu ove odluke (do 1.7.2009.). Kantoni su također bili obavezni da u roku od 60 dana i to do 1.5.2009. usklade kantonalne odluke o participaciji i pozitivne liste lijekova kantona sa federalnom Odlukom o participaciji, što se nije desilo.

⁵ Službene novine FBiH 21/09

Zakon o zdravstvenom osiguranju RS⁶, Pravilnik o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite⁷ i Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i participaciji⁸ u Republici Srpskoj 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).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS⁹

Zakon o Zdravstvenoj zaštiti RS, zasnovan je 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.

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH¹⁰ stupio je na snagu 22. jula 2010. Javne rasprave nisu bile organizovane od strane institucija vlasti u procesu donošenja Zakona, niti je javnost bila upoznata se Nacrtom zakona, a poslije ni sa činjenicom da je ovaj Zakon i donešen. Svrha Zakona, kako stoji u osnovnim odredbama je:

„da se pacijentima u FBiH omogući jednaka, primjerena, kontinuirana, kvalitetna i bezbjedna zdravstvena zaštita koja se zasniva na partnerskom odnosu pacijenta o zdravstvene ustanove....Partnerski odnos se zasniva na uzajamnom povjerenju i poštivanju između pacijenta i zdravstvene ustanove, privatne prakse odnosno zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika, na svim nivoima zdravstvene zaštite, te pravima i obavezama i odgovornostima partnera u ovom odnosu.“

Zakon detaljno navodi prava pacijenata na informacije:

„Svaki pacijent ima pravo na sve vrste informacija o svom zdravlju, svojim pravima i obavezama i načinu kako ih koristiti. Svaki pacijent ima pravo i na informacije o

⁶ Službeni glasnik RS 18/99, 51/01, 51/03

⁷ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

⁸ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

⁹ Službeni glasnik RS 18/99, 62/02

¹⁰ Službene novine FBiH 40/10

zdravstvenim uslugama koje mu se mogu obezbijediti u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi...Informacije, koje su zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici dužni obezbijediti pacijentima obuhvataju:

a) opšte informacije koje se odnose na zdravstvenu ustanovu, i to: vodič za pacijente o zdravstvenoj ustanovi i kućnom redu sa svim kontakt telefonima, zakonskim pravima i obavezama pacijenata, te druge informacije utvrđene opštim aktom zdravstvene ustanove.

b) posebne informacije koje se odnose na: ostvarivanje prava na prigovor pacijenta u vezi postupanja zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika u odnosu na bezbjednost i kvalitet zdravstvene usluge, kao i postupku i rokovima za izražavanje ovog prigovora, informacije o anketiranju pacijenata u vezi s njihovim zadovoljstvom zdravstvenim uslugama i o drugim mjerama u okviru sistema poboljšanja kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi, informacije o provođenju nastave i medicinskih istraživanja i opcijama da se prihvati ili odbije učešće u nastavi i medicinskim istraživanjima.

*c) pojedinačne lične informacije koje se odnose na: informacije o imenu i prezimenu, stručnom nazivu zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, informacije o aspektima liječenja, informacije o listi čekanja za određene vrste zdravstvenih usluga, informacije o promociji zdravlja i prevenciji bolesti, te **informacije o pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.***

Osnovne primjedbe nevladinih organizacija na Zakon o pravima pacijenata FBiH se odnose na:

1. Utvrđivanje obaveze za obezbjeđivanje informacije pacijentima. Mišljenja smo da je uopštena i neprecizna formulacija da su „zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici dužni obezbijediti pacijentima informacije“, jer Zakon ni u jednom članu ne obavezuje određenu osobu (npr. direktora) ili tijelo u zdravstvenoj ustanovi da uspostavi mehanizam i rokove za obezbjeđivanja informacija koje zakon nalaže, mada istovremeno predviđa kazne za ustanovu koja ne pruži sve vrste informacija. Također, neralano je postavljena obaveza opštinskog savjeta, koji se uspostavlja zakonom, da između ostalog, organizuje kurseve za građanstvo o pravima pacijenata, a pogotovo da „daje preporuke za organiziranje kurseva u zdravstvenim ustanovama radi upoznavanja rukovodstva i zdravstvenih radnika s konceptom prava pacijenata, legislativom i odgovarajućim nužnim promjenama u zdravstvenim ustanovama“, jer se podrazumijeva da rukovodstvo i zdravstveni radnici budu prvi upoznati sa odredbama ovog Zakona, a ne da njihov nivo poznavanja odredbi zakona zavisi od organizovanog ili neorganizovanog kursa od strane opštinskog savjeta.
2. Nije osigurana nepristrasnost rada komisija za prigovore pacijenata u okviru zdravstvenih ustanova obzirom da ih imenuje direktor zdravstvene ustanove iz redova zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi na čiji se rad pacijenti žale i da je direktor ustanove taj koji rješava ili ne rješava prigovore pacijenata po podnošenju komisijskog izvještaja o žalbama.

3. Ni drugostepena komisija, zdravstveni savjet opštine, nema nadležnost rješavanja žalbi nego je više administrativnog i savjetodavnog karaktera (prikuplja izvještaje o podnesenim žalbama i statistički obrađuje broj prigovora/žalbi) i u najboljem slučaju daje sugestije za unaprjeđenje stanja. Također, predviđeno je da zdravstveni savjet opštine svakih 6 mjeseci razmatra izvještaje zdravstvenih ustanova što je veoma spor mehanizam za reagovanje po uočenim problemima.

Samim zdravstvenim institucijama u kojima se pacijent liječi ostavljeno je da prate žalbe tih pacijenata bez osiguranja nepristrasnosti. Obaveze formiranih komisija pri zdravstvenim ustanovama i savjeta u opštinama i ministarstvima svode se na analizu i obradu statističkih podataka o žalbama pacijenata a ne na rješavanje žalbi i aktivnosti koje vode uklanjanju uzroka žalbi. Slovenija, na primjer, ima Ombudsmana za zdravstvenu zaštitu nadležnog za žalbe po osnovu Zakona o pravima pacijenata i tako osigurava nepristrasnost u odlučivanju i postupanju.

Ovako predloženo zakonsko rješenje suštinski neće doprinijeti da se ispuni svrha Zakona, barem u dijelu koji se odnosi na prava pacijenata u Federaciji. Na žalost, ovo će biti još jedan u nizu usvojenih zakona kojem izostaje puna implementacija, dijelom i zbog nekih nelogičnih zakonskih rješenja, a koje su nevladine organizacije već istakle.

3. Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu

3.a. Ko su isključeni iz sistema zdravstvene zaštite

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 preduzećim ili preduzećima u stečaju). Tu spadaju i pripadnici romske manjine 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 ih mogu ostvariti.

Republika Srpska

Prema podacima Fonda zdravstvenog osiguranja RS, u 2009. godini, 28,6% ili 410.482 nije bio u mogućnosti da ovjeri zdravstvenu knjižicu i da koristi prava iz zdravstvenog osiguranja. U odnosu na 2008. godinu došlo je do povećanja broja osiguranih za 61.958 stanovnika.¹¹

Najveći broj neosiguranih, prema podacima Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, su radnici preduzeća koja ne uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje. U pravilu, za sve građane (sem kategorije zaposlenih za koje poslodavci ne uplaćuju doprinose) se može pronaći neki osnov za prijavu na zdravstveno osiguranje (nezaposlene prijavljuje i za njih uplaćuje doprinos Zavod za zapošljavanje, za penzineru fond PIO, za izbjegla i raseljena lica resorno Ministarstvo, za lica koja primaju stalnu novčanu pomoć centri za socijalni rad, a poljoprivrednici sami uplaćuju doprinos). Ovjera zdravstvene knjižice je uslovljena plaćenim doprinosom, izuzev tri kategorije stanovništva kod kojih postignuta sto postotna pokrivenost obaveznim osiguranjem i kod kojih se uvijek ovjerava zdravstvena knjižica bez obzira da li je uplaćen odprinos za zdravstveno osiguranje: djeca do 15 godina, lica preko 65 godina, trudnice i porodilje do navršene prve godine života djeteta.

¹¹ Važno je napomenuti da je u prethodnim izvještajima (podaci za 2008.) Fond zdravstvenog osiguranja RS za procijenjeni broj stanovnika koristio broj registrovanog stanovništva za timove porodične medicine (1.221.899 stanovnika) što je u računici dalo procenat od 19,18 % neosiguranog stanovništva. Veći broj stanovnika RS u procjeni za 2009. godinu doveo je do drastičnog povećanja procenta neosiguranih (28,6 %), mada je broj osiguranih u 2009. povećan za 61.000 stanovnika u odnosu na 2008.

Odnos zdravstveno osiguranih i neosiguranih lica u Republici Srpskoj¹²

Godina	Procijenjeni broj stanovnika	Broj osiguranih lica za koja je uplaćen doprinos	Procenat neosiguranog stanovništva
2008.	1.436.000 <i>1.221.899*</i>	963.552	32,9 % <i>19,18 %*</i>
2009.	1.436.000 <i>1.221.899*</i>	1.025.518	28,6 % <i>16,07 %*</i>

* podatak korišten u procjeni za 2008. godinu

Još uvijek veliki postotak neosiguranog stanovništva, a većina su zaposleni za koje poslodavci ne uplaćuju zakonom obavezne doprinose, ukazuje na potrebu jačanja inspekcija rada, redovnije kontrole i oštrije kazne za poslodavce koji krše zakone. Zakon o radu RS¹³ obavezuje poslodavca da prijavi zaposlenog na zdravstveno, penzijsko-invalidsko osiguranje i osiguranje od nezaposlenosti i radniku dostavi ovjerenu fotokopiju prijave u roku od 8 dana po zasnivanju radnog odnosa. Zakon predviđa kazne u iznosu od 2000 do 15000 KM za poslodavce koji propuste prijaviti radnika na osiguranje.

Federacija BiH

Prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, u 2009. godini je bilo 14,92% stanovništva koji je bio isključen iz sistema zdravstvenog osiguranja (oko 349.000 stanovnika). U odnosu na prethodnu godinu, došlo je do smanjenja broja neosiguranih za približno 28.000 stanovnika ili za 1,1 %.

Dok je u većini kantona u FBiH zabilježen blagi porast broja osiguranih, u posavskom kantonu je došlo do smanjenja broja osiguranih za 1,5% (1.042) stanovnika i zeničko-dobojskom za 0,43% (1.927) stanovnika.

¹² podaci Fonda zdravstvenog osiguranja RS

¹³ Službeni glasnik RS 55/07

Obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem u Federaciji BiH¹⁴

KANTON	BROJ STANOVNIKA		BROJ OSIGURANIH LICA		OBUHVAT STANOVNIŠTVA ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM	
	<i>2008.</i>	<i>2009.</i>	<i>2008.</i>	<i>2009.</i>	<i>2008.</i>	<i>2009.</i>
Unsko-sanski	287.998	288.114	206.444	208.749	71,68	72,45
Posavski	40.513	39.886	28.506	27.464	70,36	68,86
Tuzlanski	497.813	498.549	442.758	447.265	88,94	89,71
Zeničko-dobojski	400.848	400.602	343.046	341.119	85,58	85,15
Bosansko-podrinjski	33.225	33.093	25.856	25.800	77,82	77,96
Srednjo-bosanski	255.648	254.992	201.535	212.436	78,83	83,31
Hercegovačko - neretvanski	226.632	225.930	184.867	186.238	81,57	82,43
Zapadno-hercegovački	81.833	81.707	68.659	71.720	83,90	87,78
Sarajevski	421.289	423.645	399.419	406.006	94,81	95,84
Kanton 10/Livno	81.396	80.800	53.368	53.237	65,57	65,89
Ukupno	2.327.195	2.327.318	1.954.458	1.980.034	83,98	85,08

Posebne mjere zaštite za posebne grupe stanovništva: trudne žene/majke/bebe, djecu/adolescente, starije osobe, ugrožene grupe kao npr. beskućnike, ovisnike, nezaposlene donekle postoje, ali više u okviru davanja iz socijalne zaštite. Ovakve mjere su uglavnom nedovoljne. Međutim zabrinjavajuće je da za veliki broj stanovnika u socijalnoj potrebi koji su istovremeno nepokriveni univerzalnom zdravstvenom zaštitom ne postoje posebne mjere zdravstvene zaštite.

¹⁴ Podaci Zavoda zdravstvenog osiguranja FBiH

3.b. Praksa u primjeni zakona

1. Praksa u primjeni Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH

Donešeni zakoni na federalnom nivou se ne primjenju od strane kantona tako da građani ne ostavaruju prava koja su im zagarantovana federalnim zakonom. Na primjer, Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH koji omogućava direktnu zdravstvenu zaštitu osoba preko 65 godina starosti i djece od rođenja do 15 godina starosti se ne primjenjuje po svim kantonima jer kantoni nisu odredili budžete za tu svrhu. Čak i u slučaju da kanton odredi budžet, dešava se da kantonalno ministarstvo ne donose potrebne podzakonske akte za sprovođenje zakona u praksi.

Na primjer, nadležno Ministarstvo za rad i socijalnu politiku tuzlanskog kantona nije implemetiralo Zakon u 2009. godini jer nije donijelo potrebne podzakonske akte niti osiguralo sredstva za zdravstveno osiguranje neosiguranih lica. U 2010. godini u budžetu TK obezbjeđeno je 450,000 KM za zdravstveno osiguranje neosiguranih lica, ali ministarstvo nije ni do avgusta 2010. godine donijelo potrebna Uputstva o načinu ostvarivanja ovoga prava. Zahtjevi za ostvarivanje prava na zdravstveno osiguranje 55-ero djece, korisnika organizacije „Zemlja djece“ su odbijeni, sa obrazloženjem da nema Uputstva za njihovu primjenu. Na upit Institucije ombudsmena za ljudska prava BiH, u koordinaciji sa NVO „Zemlja djece“, zašto se ne implementira Zakon u tuzlanskom kantonu, nadležni ministar potvrđuje da sredstva za njegovu primjenu postoje ali se ne primjenjuje iz razloga što je „Kolegij vlade tuzlanskog kantona zauzeo stav da se sagledaju mogućnosti osporavanja odredbi federalnog Zakona o zdravstvenom osiguranju, iz razloga što su propisane finansijske obaveze za kantone a isti nisu konsultovani“.

Tako se stav Kolegija vlade jednog kantona našao iznad zakona, spriječio njegovu primjenu i uskratio ostvarivanje prava korisnicima, što nije praksa u pravnim državama. Tek uz podignutu krivičnu prijavu od strane NVO Zemlja djece, uz preporuku Ombudsmana i uz oglašavanje u medijima, ministar je po hitnom postupku donio Uputstva za primjenu zakona u tuzlanskom kantonu.

Na žalost, iako NVO konstantno ukazuju na nepravilnu odredbu i traže izmjene Zakona i ukidanje odredbe koja određuje rok od 30 do 90 dana na prijavu Zavodu za zapošljavanje po prestanku radnog odnosa ili po završetku školovanja, ta izmjena se ne usvaja. Zbog propuštanja osoba da se u roku prijave na zavode iz raznoraznih razloga, oko 43% nezaposlenih, a prijavljenih na zavode za zapošljavanje u FBiH ne ostvaruje pravo na zdravstveno osiguranje. Svi ti nezaposleni, zajedno sa članovima porodice, nemaju drugi način da ostvare pravo na zdravstvenu zaštitu. Istovremeno, u Republici Srpskoj takav rok ne

postoji i zdravstveno su osigurani i ostvaruju zdravstvenu zaštitu svi nezaposleni koji su prijavljeni na zavode za zapošljavanje.

Od 354.500 registrovanih nezaposlenih u FBiH u decembru 2009. godine, samo 201.760 (57%) nezaposlenih je ostvarilo i pravo na zdravstveno osiguranje preko zavoda za zapošljavanje.¹⁵

U Republici Srpskoj, od 145.400 registrovanih nezaposlenih u 2009. godini, 120.420 (83%) ih je ostvarilo pravo na zdravstveno osiguranje¹⁶.

2. Praksa u primjeni Odluke o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava¹⁷ (Odluka o participaciji) FBiH

Kantoni su bili obavezni u roku od 60 dana (do 1.5.2009.) uskladiti kantonalne odluke o participaciji i pozitivne liste lijekova kantona sa federalnom Odlukom o participaciji, ali to nisu uradili svi kantoni.

Neki kantoni i dalje zahtijevaju plaćanje participacije za zdravstvene usluge od strane osiguranika koji su oslobođeni od participacije (u vidu godišnjih markica). Participacija se plaća u kantonima: unsko-sanski (16 KM), tuzlanski (16 KM), srednjobosanski (25 KM), hercegovačko-neretvanski (20 KM), zapadno-hercegovački (20 KM), livanjski (30 KM), a ne plaća u kantonima: posavski, zeničko-dobojski, bosansko-podrinjski, sarajevski.

Različita su prava jednako bolesnih po kantonima. Količine lijekova koji se dobijaju na recept zavise od sredstava u budžetu određenog kantona. U srednjobosanskom kantonu se, na primjer, ne plaća injekcija ali se plaća usluga za davanje injekcije; u Sarajevu dijabetičari dobivaju insulin, igle i alkohol besplatno, a u Mostaru samo insulin; u Tuzli se formira specijalna komisija koja razmatra specijalističke upute na skuplja snimanja (CT, magnetna rezonanca) i tako se još više smanjuje broj građana kojima su dostupni pregledi ili u boljem slučaju oteže sa potrebnim pregledima; u Mostaru, žene oboljele od karcinoma samo djelomično ostvaruju prava. Kroz rad 'info-pulta' u Domu zdravlja Tuzla, Crveni križ tuzlanskog kantona konstatuje da su mnogi pacijenti u 2010. godini ostali uskraćeni za mogućnost dobijanja lijekova preko esencijalne liste jer je Dom zdravlja od strane Zavoda zdravstvenog osiguranja limitiran iznosom koji može „potrošiti“ na lijekove, a limit je 6 recepata za godinu dana po osiguraniku, što je oko 66,00 KM. Ovo najviše pogađa marginalizirane grupe građana ali i potiče korupciju u zdravstvenoj ustanovi.

¹⁵ Federalni zavod za zapošljavanje, Bilten /decembar 2009

¹⁶ Zavod za zapošljavanje RS, Izvještaj o radu za 2009.

¹⁷ Službene novine FBiH 21/09

Postoji i problem upućenosti službenika u zavodima zdravstvenog osiguranja u način oslobađanja plaćanja participacije za dobrovoljne darovaoce krvi koji su oslobođeni plaćanja participacije. Dešava se službenici na šalteru za ovjeravanje zdravstvenih knjižica vraćaju dobrovoljne darovaoce krvi bez potrebne informacije o postupku ovjere oslobođenosti od plaćanja participacije.

3. Praksa u primjeni Pravilnika o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite RS¹⁸ i Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i participaciji RS¹⁹

Pravilnici u Republici Srpskoj su stupili na snagu 2007. godine i na sličan način kao i u Federaciji, dodatno uključuju djecu do 15 godina života i osobe preko 65 godina života na obavezno zdravstveno osiguranje. Podaci nevladinih organizacija ukazuju da se u praksi poštuje princip neplaćanja participacije za zdravstvenu zaštitu djece do 15 godina i starih preko 65 godina koji bez problema realizuju ovo pravo.

4. Praksa u primjeni Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH²⁰

Zakon je stupio je na snagu 22. jula 2010. U procesu donošenja zakona nisu bile organizovane javne rasprave od strane institucija vlasti, niti je javnost bila upoznata se Nacrtom zakona, a poslije ni sa činjenicom da je ovaj zakon i donešen.

Crveni križ tuzlanskog kantona je krajem jula 2010. otvorio dva info-pulta za pacijente u Domu zdravlja Tuzla i bolnici Abdulah Nakaš u Sarajevu. Tromjesečna praksa u radu, koji je još uvijek u toku, pokazala je da su pacijenti tražili i dobili informacije (npr. o radu službi u zdravstvenim ustanovama i o mogućnosti dobijanja lijekova sa esencijalne liste), a da su istovremeno zdravstveni radnici bili izloženi praćenju njihovog rada sa pacijentima od strane samih pacijenata. Također se pokazalo da su pacijenti veoma neinformisani o svim zakonima, procedurama, mogućnostima koje im pružaju zdravstvene ustanove kao i o Zakonu o pravima pacijenata koji štiti njihova prava.

Po Zakonu o inspekcijama, Federalna uprava za inspekcije nadležna je za rješavanje žalbi pacijenata, iako Zakon o pravima pacijenata ima druge instrumente, opisane u oblasti 'zakoni'. Ovaj instrument se rjetko koristi od strane pacijenata, tako da je, na primjer, u Domu zdravlja Tuzla u 2009. godini zabilježeno svega pet žalbi upućenih Federalnoj inspekciji.

¹⁸ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

¹⁹ Sl.Glasnik RS 54/07, 63/08

²⁰ Službene novine FBiH 40/10

Drugo istraživanje od strane Crvenog križa tuzlanskog kantona, provedeno u nevladinim organizacijama čije su ciljne grupe bila lica oboljela od različitih bolesti, pokazalo je neophodnost homogeniziranja i jedinstvenog djelovanja ovih organizacija u cilju ostvarivanja prava pacijenata. Pokazalo se da je neophodno oformiti jedinstveno udruženje na državnom nivou koje će se baviti zaštitom prava pacijenata bez obzira na vrstu bolesti i kontinuirano vršiti monitoring i evaluaciju provedbe Zakona o pravima pacijenata.

5. Praksa u primjeni Odluke o prihvatanju liste esencijalnih lijekova u medicini FBiH

Većina kantona u FBiH ni danas, 10 godina nakon donošenja Odluke o prihvatanju liste esencijalnih lijekova u medicini nema usvojenju kompletnu listu lijekova koja je propisana za nivo FBiH tako da građani u nekim kantonima plaćaju za određene lijekove dok su u drugim kantonima ti lijekovi besplatni. Biro za ljudska prava Tuzla je u 2009. godini proveo istraživanje i utvrdio neke od razloga koji dovode do diskriminacije građana u ostvarivanju prava na besplatne lijekove sa esencijalne liste lijekova, a to su: kantoni u različitim procentima izdvajaju sredstva za nabavku lijekova sa Liste esencijalnih lijekova nezavisno od ekonomske situacije u kantonu, kantoni samostalno raspisuju tendere za nabavku lijekova koji mogu imati različite nabavne cijene lijekova kao i različito trajanje i koštanje procedure raspisivanja tendera.

Karakterističan je primjer hercegovačko-neretvanskog kantona (tabela 2 u Annex-u) koji izdvaja najmanji procenat prihoda zdravstvenog osiguranja za lijekove (6,35%) iako su ukupni prihodi zdravstvenog osiguranja po stanovniku veći od prosjeka u FBiH. Jedan od razloga je u postojanju dvije kantonalne/županijske bolnice i „duplih“ zdravstvenih ustanova sa nacionalnim predznakom, gdje velika finansijska izdvajanja za njihovo održavanje ne ostavljaju dovoljno sredstava za nabavku lijekova sa esencijalne liste.

Biro za ljudska prava Tuzla je u okviru kampanje „Bolest na bira kantone“ dao prijedlog za izmjene i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH kojim bi se uspostavio Zajednički nabavni fond za nabavku lijekova sa Liste esencijalnih lijekova na nivou FBiH (predloženo pri Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH) koji bi se punio kroz kantonalne zavode zdravstvenog osiguranja, a nivo izdvajanja sredstava bi se određivao odlukom kantonalne vlade. Naime, novac koji su kantoni svakako planirali u budžetu za nabavku lijekova, bio bi preusmjeren u ovaj Federalni fond iz koje bi se na početku nabavljali samo lijekovi koji se nalaze na njihovim pozitivnim listama, a nakon prve nabavke bi se stvorili viškovi sredstava koji bi se mogli koristiti na proširenje ovih lista. Raspisivanjem jednog tendera za nabavku lijekova na nivou FBiH uštedilo bi se vrijeme i znatna sredstva koja bi bila utrošena na nabavu veće količine lijekova i proširenje kantonalnih esencijalnih lista lijekova, kao i ujednačavanje dostupnosti lijekova za građane Federacije BiH.

Zahtjev za izmjenu Zakona o zdravstvenom osiguranju je usvojen u Zastupničkom domu Parlamenta FBiH u julu 2010. i nalazio se parlamentarnoj proceduri u vrijeme izdavanja ovog izvještaja (novembar 2010.).

U Republici Srpskoj Vlada utvrđuje tzv. esencijalnu listu lijekova, a entiteski Zavod zdravstvenog osiguranja plaća izdavanje tih lijekova zdravstveno osiguranim građanima.

4. Diskriminacija u zdravstvenoj zaštiti

Zbog svega gore navedenog zdravstvenu zaštitu u BiH karakteriše diskriminacija korisnika zdravstvene zaštite po teritorijalnoj osnovi (entiteti/kantoni, urbano/ruralne sredine) ali i po obimu zaštite unutar specifično ugroženih grupa (osobe sa invaliditetom, pripadnici romske manjine, žene, djeca). Diskriminacija se ogleda u različitim zakonskim rješenjima i njihovoj primjeni na različitim nivoima vlasti:

- Različite su odredbe zakona o zdravstvenom osiguranju na nivou entiteta koje svim nezaposlenim osobama u RS omogućavaju zdravstveno osiguranje i zaštitu preko prijave na Zavod za zapošljavanje dok u FBiH postoje ograničavajuće odredbe vezane za rokove prijave na zavode sa znatno manjim brojem zdravstveno osiguranih u grupi nezaposlenih građana.
- Različite su liste esencijalnih lijekova na teritoriji Federacije i na nivou entiteta - isti lijekovi su nejednako dostupni svim građanima.
- Zdravstvena zaštita je za neke građane skuplja a za druge jeftinija – Odluka o participaciji se različito primjenjuje po kantonima pa su u nekim kantonima iste grupe građana osobođene plaćanja participacije u drugim kantonima nisu, u nekim kantonima se u dodatno plaćaju zdravstvene usluge (u različitom iznosu), u drugima ne.
- Zdravstvenu zaštitu osoba sa invaliditetom karakteriše diskriminacija po uzroku nastanka invaliditeta i različit obim prava iz zdravstvene/socijalne zaštite za osobe sa invaliditetom stečenim u ratu ili nevezano za ratna zbivanja. Za osobe sa invaliditetom nije univerzalno rješena dostupnost zdravstvenim ustanovama naročito u ambulante, domove zdravlja i sl. prvenstveno zbog fizičke nedostupnosti - nema spuštenih šaltera za osobe u kolicima, zvučnih signala za slijepe osobe, oprema za ginekološke pregled žena u kolicima je rijetko dostupna, i sl. Također, neodgovarajuća je obučenost i stručnost medicinskog i paramedicinskog osoblja u pružanju pomoći osobama sa invaliditetom.
- Različita je dostupnost specijalističkih pregleda po kantonima. 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. Sporazum između Zavoda zdravstvenog osiguranja i određenog broja amulanti privatne prakse u nekim kantonima u FBiH, a koji je stupio na snagu 1. oktobra 2010, trebao bi dovesti do smanjenja dužine čekanja na razne vrste specijalističkih pregleda/snimanja.

5. Informisanje o pravima iz zdravstvene zaštite

Pravo na zdravstvenu zaštitu ne ostvaruje određeni broj građana (17-28%)²¹ među kojima naročito ugrožene grupe. Ovo je dijelom uzrokovano nedovoljnim, neadekvatnim i nedostupnim informacijama od strane relevantnih institucija. Veliki broj osoba po prestanku radnog staža ili školovanja zbog neinformisanosti propušta rok za prijavu na biro za zapošljavanje i tako gubi pravo na zdravstveno osiguranje. Roditelji djece koja su zakonskim izmjenama stekla pravo na direktnu zdravstvenu zaštitu ne znaju za donešene zakonske izmjene i ne koriste i ne traže pravo. Ni škole ne obezbjeđuju informaciju za djecu/roditelje o pravima iz zdravstvene zaštite. Slično je i sa roditeljima djece koja koriste ortopedsku pomagala i koji često ne znaju da djeca imaju pravo na ortopedsko pomagalo i ne znaju na koji način ga tražiti. Žene Romkinje samo djelomično ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu tokom trudnoće i godinu dana poslije porođaja jer ne znaju da imaju to pravo i bez posjedovanja zdravstvenog osiguranja.

Obaveza informisanja od strane institucija nije adekvatno zakonski regulisana i institucije svjesno izbjegavaju i minimalne obaveze da pruže potrebne informacije građanima, a često i sprječavaju da određene informacije o pravima budu dostupne u zdravstvenim institucijama. Na primjer, Klinički centar u Tuzli nije dozvolio postavljanje informativnog materijala o ostvarivanju prava djece na zdravstvenu zaštitu na svoj info pult (urađenog od strane nevladinih organizacija).

Javnost nije dovoljno upoznata sa procesom donošenja i izmjena zakona. Mediji nedovoljno prate i informišu o zakonima iz oblasti zdravstvene zaštite koji su u proceduri donošenja i usvajanja na parlamentima, a vlasti ne ulažu nikakav napor da približe nove zakone građanima i upoznaju ih sa pravima. Zakon o zdravstvenoj zaštiti imao je proces javne rasprave, Komisija za zdravstvenu zaštitu Parlamenta FBiH je organizovala nakoliko javnih rasprava u oktobru/novembru 2009. godine u većim gradovima i predstavila nacrt zakona zainteresovanim grupama, uglavnom stručnim radnicima iz oblasti zdravstva i nekolicini zainteresovanih nevladinih organizacija. Lošija strana je to da nijedan od dostavljenih komentara nevladinih organizacija na nacrt zakona nije usvojen u konačnoj verziji zakona.

²¹ Tabele na strani 10 i 11 ovog izvještaja

6. Zaključci, izazovi, preporuke

Neophodno je da ministarstva u oblasti zdravstva u saradnji sa drugim tijelima u državi rade na donošenju mjera koje će voditi ka harmonizaciji zakona na entiteskom i kantonalnom nivou čime će se smanjiti postojeća diskriminacija u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu na teritorijalnom nivou i omogućiti ujednačeno ostvarivanje prava za sve građane. U tom cilju neophodno je osigurati i dosljednu primjenu usvojenih zakona u praksi kroz donošenje mehanizama za praćenje primjene kroz uvođenje i primjenu institucionalne odgovornosti.

Najveći izazov u implementaciji Osnovnog paketa zdravstvenih prava je osiguranje njegovog jednakomjernog finansiranja u svim kantonima u FBiH, odnosno pravovremeno planiranje budžeta i osiguranje finansiranja. Svi kantoni u predviđenim rokovima (do 1.5.2009.) nisu usaglasili svoje odluke sa federalnom Odlukom i nisu osigurali sredstva. Kako ne postoji insitucionalni sistem odgovornosti, ne postoje ni sankcije za kantonalna ministarstva (ministre) koji, u zakonom predviđenom roku, ne osiguraju usagalašavanje kantonalnih propisa sa federalnim zakonom i primjenu zakona u 'svom' kantonu. Jedini način traženja odgovornosti su građanske tužbe za ostvarivanje prava iz zakona, a koje se opet iz neznanja ili nepovjerenja građana u institucije države malo koriste.

Zakonima je nedovoljno je precizirana obaveza informisanja stanovništva o pravima u okviru zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Zakoni (o zdravstvenom osiguranju, zdravstvenoj zaštiti, o pravima pacijenata) se ne dotiču ove oblasti i ne nameću obavezu institucijama u sistemu zdravstvene zaštite. Postavlja se pitanje – da li je namjeran ili nenamjeran propust zakonodavca ili izvršne vlasti. Neusvojeni komentari nevladinih organizacija koji ukazuju na potrebu definisanja obaveze institucija za informisanje stanovništva o pravima iz zdravstvene zaštite ide u prilog tezi o namjernim propustima koji vode ka pasivnom i ignorantskom odnosu zakonodavca prema stanovništvu (ujedno i finansijeru budžeta za zdravstvenu zaštitu) da u što manjem broju i obimu koristi svoja prava i zahtijeva odštetu ukoliko mu se prava iz zdravstvene zaštite krše.

U prilog tome ide i neopravdano i nelogično postojanje roka za prijavu na biroe za zapošljavanje po završenom školovanju ili prestanku rada sem namjere zakonodavca u FBiH da raznim odredbama koje ograničavaju uživanja elementarnog prava na zdravstvenu zaštitu i to najugroženijih/najsiromašnijih grupa stanovništva doprinese uštedama budžeta, uz istovremeno razvijanje i promovisanje Strategije za socijalno uključivanje.

Neophodno je sve nove zakone i/ili zakonske izmjene koje se donose u oblasti socijalne i zdravstvene zaštite staviti u proces javnih rasprava kako bi svi učesnici u sistemu zaštite, uključujući građane, mogli učestvovati u donošenju politika i biti upoznati sa pravima koja se ostvaruju zakonom. Pozitivan je primjer stavljanja Nacrta zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH u proces javnih rasprava od strane Komisije za zdravstvo Parlamenta FBiH u novmebru 2009.

Lošija strana je to da se u usvojenom Zakonu nisu našle sugestije do kojih se došlo tokom diskusija.

Veliki postotak zdravstveno neosiguranog stanovništva gdje većinu čine zaposleni za koje poslodavci ne uplaćuju zakonom obavezne doprinose, ukazuje na potrebu jačanja inspekcija rada, redovnije kontrole i oštrije kazne za poslodavce²² koji krše zakone, naročito u Republici Srpskoj, imajući u vidu veliki procenat zdravstveno neosiguranih osoba iz ovog razloga.

Nevladine organizacije koje kroz svoje programe preuzimaju na sebe dio obaveza države i informišu građane o njihovim pravima kao i one koje ukazuju na probleme u provođenju zdravstvene zaštite u BiH trebaju biti prepoznate i podržane od strane institucija – kroz učešće u donošenju politika i finasijskoj podršci. Dodatno, potrebno je oformiti jedinstveno udruženje koje će se baviti zaštitom prava pacijenata bez obzira na vrstu bolesti i kontinuirano vršiti monitoring i evaluaciju provedbe Zakona o pravima pacijenata i drugim zakonima/odlukama iz ove oblasti.

Vežano za zakonske izmjene i dalje stoji zahtijev nevladinih organizacija za izmjene i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH i ukidanje roka za prijavu na zavode za zapošljavanje, koji je upućen Parlamentu FBiH u više navrata. Iako je zahtjev nevladinih organizacija za izmjenu Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH koji se odnosi na uspostavljenje fonda za nabavku lijekova sa esencijalne liste u parlamentarnoj proceduri potrebno je pratiti njegovo usvajanje i usaglašavanje sa kantonalnim propisima i dosljednu i pravovremenu primjenu na kantonalnom nivou.

²² U FBiH, Zakon o doprinosima FBiH nalaže kazne u iznosu od 1000 do 5000 KM za poslodavce koji ne uplaćuju doprinose za radnika, a u RS Zakon o radu predviđa kazne u iznosu od 2000 do 15000 KM za poslodavce koji propuste prijaviti radnika na osiguranje

7. Dodatak

Tabela 1.
Pregled osiguranika i osiguranih lica u FBiH

Osiguranici i članovi porodica po osnovima osiguranja	Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja										Ukupno FBiH
	USK -Bihać	Posavski-Odžak	Tuzlanski-Tuzla	Zeničko-dobojski - Zenica	Bosansko-podrinjski-Goražde	Srednjobosanski-N.Travnik	HNK-Mostar	Zapadnohercegovački-Grude	Kanton Sarajevo-Sarajevo	Kanton 10-	
	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan br.	Prosječan broj	
1. Osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja:											
Zaposleni kod poslodavaca	38.104	5.459	94.389	78.951	6.073	48.365	45.983	16.877	127.292	11.202	472.695
Poljoprivrednici	86	2.591	3.139	462	17	2.181	911	2.779	12	1.903	14.081
Penzioneri/umirovljenici	24.654	2.929	77.937	62.643	6.248	38.597	35.498	9.973	91.266	9.641	359.386
Nezap.prijavljeni na zdr.osiguranje Invalidi, civilne žrtve rata i sl.	21.758	2.612	51.517	46.603	1.829	14.325	19.237	5.996	42.658	4.549	211.084
INO osiguranici	11.919	1.157	13.587	1.148	577	3.669	3.122	1.581	643	751	38.154
Ostali osiguranici	7.052	546	9.916	0	64	3.275	3.929	1.875	1.655	2.020	30.332
Lica koja sama plaćaju doprinos	0	427	50	7.171	148	4.957	1.225	1.562	9.307	652	25.499
Ukupno osiguranici	105.021	15.782	254.254	197.042	14.976	115.458	110.032	40.780	273.479	31.085	1.157.909
2. Član porodice osiguranika koji su											
Čl.porodice zaposlenih kod poslod. Članovi porodice poljoprivrednika	39.579	4.887	86.059	70.287	5.759	47.491	38.866	16.720	77.072	10.674	397.394
Čl.porodice penzionera/umirovljenika	80	1.253	1.790	479	10	1.219	609	1.602	7	972	8.021
Čl.porodice nezaposlenih osiguran.	11.012	1.154	31.729	28.488	3.100	20.553	13.622	3.989	24.029	3.478	141.154
Čl.porodice nezaposlenih osiguran.	24.404	2.758	48.761	40.500	1.701	13.961	17.344	5.586	25.448	4.301	184.764
Čl.por.poginulih, inval.civ. žrtava rata. Članovi porodice INO osiguranika	12.451	1.222	10.985	1.796	226	6.037	3.334	2.043	316	925	39.335
	14.788	263	11.620	0	15	3.010	2.267	668	388	1.462	34.481
	0	117	14	2.525	11	4.622	116	277	5.118	212	13.012
	1.414	28	2.053	2	2	85	48	55	149	128	3.964
Ukupno čl.porodice	103.728	11.682	193.011	144.077	10.824	96.978	76.206	30.940	132.527	22.152	822.125
3. Osigurana lica	208.749	27.464	447.265	341.119	25.800	212.436	186.238	71.720	406.006	53.237	1.980.034
Osigurana lica	206.444	28.506	442.758	343.046	25.856	201.535	184.867	68.659	399.419	53.368	1.954.458

*Izvor podataka zavodi zdravstvenog osiguranja

Tabela 2.
Izdvajanja za lijekove na recept u 2006. godini po kantonima

KANTON	Stanovnika 2006.	Zaposle- nih 2006.	Prihodi ZO u 000 KM	Izdvajanja za lijekove	% od kol. 4	Učešće u sumi kol. 5	Sredstava za lijekove po stanov.
1	2	3	4	5	6	7	8
Bihać	287.624	31.167	49.063	7.975.981	16,26	7,59	27,73
Goražde	33.717	4.192	8.685	1.509.444	17,38	1,44	44,77
Livno	82.197	10.402	14.617	1.811.673	12,39	1,72	22,04
Mostar	227.630	41.799	63.001	4.000.000	6,35	3,81	17,57
Orašje	41.264	6.318	8.988	855.662	9,52	0,81	20,74
Sarajevo	418.891	95.314	216.634	45.826.543	21,17	43,60	109,40
Široki Br.	82.082	14.528	17.860	2.640.000	14,78	2,51	32,16
Travnik	256.191	36.828	47.331	5.280.241	11,16	5,02	20,61
Tuzla	496.280	71.293	126.319	22.689.391	17,96	21,59	45,72
Zenica	401.590	66.658	89.847	12.510.907	13,92	11,90	31,15
F BiH	2.324.472	378.499	642.345	105.099.842	16,36	99,99	45,21

* Izvor informacija: Federalno Ministarstvo zdravstva