ANALIZA IZVORA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENIH SISTEMA ZEMALJA U SASTAVU BIVŠE JUGOSLAVIJE

Majda Šahman Zaimović¹, Sabina Šahman Salihbegović², Eva Zver³

¹Agencija za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

²Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine, Sarajevo, BiH

³Institut za makroekonomske analize i razvoj Republike Slovenije, Ljubljana, Slovenija

ANALYSIS OF THE FUNDING SOURCES OF HEALTH SYSTEMS IN THE EX-YUGOSLAVIA COUNTRIES

Majda Šahman-Zaimović¹, Sabina Šahman-Salihbegović², Eva Zver³

¹Agency for Drugs and Medical Devices of Montenegro, Podgorica, Montenegro

²Ministry of Civil Affairs of Bosnia and Herzegovina, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

³Institute of Macroeconomic Analysis and Development of the Republic of Slovenia, Ljubljana, Slovenia

SAŽETAK

Cilj. Cilj ovog rada je da se analizira zdravstvena potrošnja u periodu 2011–2015. u Bosni i Hercegovini, Crnoj Gori i zemljama okruženja, korišćenjem indikatora Nacionalnih zdravstvenih računa, te poređenjem zdravstveno finansijskih indikatora između zemalja. Prikazana je struktura zdravstvenih sistema u odabranim zemljama i izvori finansiranja prema metodologiji Sistema zdravstvenih računa.

Metode. Izvršena je retrospektivna analiza finansijsko zdravstvenih pokazatelja u oblasti zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Crnoj Gori, Makedoniji, Sloveniji, Srbiji i Hrvatskoj. Za analizu je korišćena baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije Global Health Expenditure, baza podataka Health for All u skladu sa metodologijom Sistema zdravstvenih računa SHA 2011 – Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj, Verzija SHA 2011.

Rezultati. Dobijeni rezultati pokazali su da je tekuća zdravstvena potrošnja u Bosni i Hercegovini i Srbiji u periodu 2010–2015. godine iznosila prosječno 9,4% BDP, dok je u Crnoj Gori i Makedoniji taj udio bio znatno manji i u prosjeku je iznosio 6% i 6,1%. Bosna i Hercegovina, Crna Gora i Srbija bilježe sličan nivo potrošnje po stanovniku, dok je najmanja potrošnja zabilježena u Makedoniji, a najveća u Sloveniji. Potrošnja javnog sektora za zdravstvo kao udio u BDP najveća je u Bosni i Hercegovini (6,7%), a najmanja u Crnoj Gori. Privatna potrošnja je dominantno bazirana na potrošnji iz džepa, a ona je, kao udio u BDP, najveća u Srbiji – 3,9%, u Bosni i Hercegovini iznosi 2,8%, a najmanja je u Sloveniji i Hrvatskoj – 1,1%. Bosna i Hercegovina i Crna Gora imaju sličan nivo potrošnje iz džepa, koji se kreće u vrijednosti od 315 i 305 PKM u prosjeku za šest posmatranih godina. Objašnjeni su razlozi za razlike u dobijenim rezultatima javne i privatne potrošnje u posmatranim zemljama, kao i razlozi koji mogu dovesti do neodrživosti zdravstvenih sistema.

Zaključak. Dobijeni rezultati pomoći će da se bolje shvati struktura sistema finansiranja zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Crnoj Gori i okolnim zemljama, i ukazati na neophodnost izrade Nacionalnog zdravstvenog računa radi boljeg praćenja zdravstvene potrošnje, zdravstvenih sistema i poređenja među zemljama.

Ključne riječi: zdravstvo, potrošnja, BDP, finansiranje.

ABSTRACT

Objective. The aim of this study was to analyse health expenditure between 2011 and 2015 in the chosen countries by using National Health Account indicators, and comparing financial health indicators between these countries. The study explains the structure of health systems in the countries and their sources of funding by using System of Health Accounts methodology.

Methods. A retrospective analysis of health financing indicators in Bosnia and Herzegovina, Montenegro, Macedonia, Slovenia, Serbia and Croatia has been carried out. The World Health Organization's Global Health Expenditure database and the Health for All database were used for the analysis, in accordance with the methodology of the System of Health Accounts SHA 2011 - Organization for Economic, Cooperation and Development, System of Health Account, Version SHA 2011.

Results. The obtained results showed that Bosnia and Herzegovina and Serbia had the same level of current health expenditure of 9.4% of GDP on average, in the period 2010–2015, while in Montenegro and Macedonia this share was significantly lower (6% and 6.1% of GDP). Bosnia and Herzegovina, Montenegro and Serbia recorded similar levels of per capita current health expenditure, while Macedonia had the lowest expenditure, and the highest was in Slovenia. Public sector health expenditure as a share of GDP was the highest in Bosnia and Herzegovina (6.7%), and the lowest in Montenegro. Private consumption is predominantly based on pocket consumption and the highest out-of-pocket expenditure as a share of GDP is in Serbia (3.9%), Bosnia and Herzegovina (2.8%) and the lowest is in Slovenia and Croatia (1.1%). Bosnia and Herzegovina and Montenegro had similar levels of out-of-pocket expenditure per capita, which range in value of 315 and 305 PPPs on average for the six observed years. The reasons for the differences in the results of public expenditure in the observed countries and the reasons that can lead to unsustainable health systems have been explained.

Conclusion. The obtained results will help to better understand the structure of health care financing systems in Bosnia and Herzegovina, Montenegro and neighbouring countries, and the need to develop the National Health Account for better monitoring and comparison of the health expenditure and health systems between the countries.

Key words: health, expenditure, GDP, funding, financing.

UVOD

Kreiranje zdravstvene politike je jedno od najosjetljivijih pitanja za vlade većine zemalja. Za potrošnju u zdravstvu koristi se sve veći udio ekonomskih resursa i očekuje se da će zbog demografskih i nedemografskih faktora i u narednim decenijama postojati veliki pritisci na rast izdataka za zdravlje, što naglašava potrebu za povećanjem napora da se uspori rast javne potrošnje u zdravstvu, posebno poboljšanjem regulatornog okvira za povećanje efikasnosti finansiranja i pružanja zdravstvenih usluga (1).

Finansijski indikatori, koji su važni za praćenje zdravstvenog sistema, treba da budu uporedivi kako s indikatorima u datoj zemlji, tako i s onima u drugim zemljama, jer u suprotnom daju netačne procjene finansijskih potreba i alokacije resursa. Stoga je standardizovana metodologija Sistema zdravstvenih računa (engl. System of Health Accounts – SHA) alat za indikatore potrošnje u zdravstvu. Nacionalni zdravstveni račun¹ obuhvaća ukupnu zdravstvenu potrošnju u državi – uključujući javna, privatna i donatorska sredstva. Osim što određuje koliko svaki od tih izvora troši na finansiranje zdravstva, NZR pažljivo prati tok sredstava od jednog aktera u zdravstvu do drugog, kao što je distribucija sredstava iz ministarstva zdravstva svakom od pružatelja zdravstvenih usluga. Ukratko, NZR mjeri „finansijski puls“ nacionalnih zdravstvenih sistema (2).

U zemljama bivše Jugoslavije primjenjuje se model zdravstvenog osiguranja koji se bazira na Bizmarkovom modelu. Osnovni izvor finansiranja zdravstvenog osiguranja su doprinosi (koji su obavezni za sve zaposlene), mada se dodatna sredstva slivaju i iz budžeta (npr. za socijalno ugrožene kategorije), te kroz participacije i donacije (3).

Osnovne karakteristike ovog modela su: finansiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda, obuhvat 60–80% stanovništva obaveznim osiguranjem s paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i neprofitna služba, javna i interna kontrola i različite metode plaćanja lekara/ustanova (4).

Izvori finansiranja u okviru javnog sektora prvenstveno su fondovi / zavodi zdravstvenog osiguranja, ministarstva zdravstva i druga ministarstva koja imaju u budžetima izdatke za zdravstvenu zaštitu, te budžeti opština, a u privatnom sektoru to su uglavnom potrošnja stanovništva iz džepa, privatna osiguranja i preduzeća, dok su vanjski resursi sredstva donirana iz vanjskog

izvora². Pružaoci usluga su podijeljeni na bolnice, vanbolničku zdravstvenu zaštitu, apoteke, ustanove za javno zdravstvo, ustanove za administraciju zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja.

U ovom radu analiziraće se izvori finansiranja na agregatnom nivou, s obzirom na to da ne postoje dostupni podaci za sve posmatrane zemlje o raspodjeli sredstava prema namjenama i pružaocima usluga zdravstvene zaštite, koji bi mogli da se uporede u skladu s metodologijom SZR (SHA 2011). Sistem zdravstvenih računa 2011. odražava želju da zdravstveni računi budu prilagodljiviji brzom razvoju zdravstvenih sistema širom svijeta tako što će dodatno poboljšati uporedivost podataka među zemljama o zdravstvenim izdacima i finansiranju, a time povećati i bazu informacija za njihovu analitičku upotrebu (5-7).

Cilj ovog rada je da se u skladu sa metodologijom Sistema zdravstvenih računa i upoređivanjem zdravstvene potrošnje na agregatnom nivou među zemljama sličnih struktura finansiranja zdravstvenih sistema, može prikazati analiza potrošnje za zdravstvo i mogu dobiti važne informacije o zdravstvenim politikama.

MATERIJAL I METODE

Sistem zdravstvenih računa obuhvata niz vrlo detaljnih i preciznih klasifikacija izvora finansiranja, pružaoca usluga i funkcija u zdravstvu, čijim se kombinovanjem u tabelama³ dobija pregled strukture zdravstvene potrošnje (8). U okviru metodologije Sistema zdravstvenih računa (SHA 2011) izvori finansiranja se u tabeli HCXHF (klasifikacije prema funkcijama zdravstvene zaštite) raspoređuju prema namjenama/funkcijama (bolnička zdravstvena zaštita, pomoćne usluge, maloprodaja, preventivna zdravstvena zaštita i administracija izvora finansiranja), a u tabeli HPXHF (klasifikacije davaoca usluga zdravstvene zaštite) raspoređuju se na pružaoce usluga (bolnice, ustanove socijalne zaštite, apoteke, ustanove vanbolničke zdravstvene zaštite, ustanove za prevenciju i javno zdravlje, ustanove koje pružaju usluge administracije).

Prema metodologiji Sistema zdravstvenih računa iz 2011. godine, izvori finansiranja se sastoje od izdataka javnog sektora HF.1 (koji čine izdaci vlada [HF.1.1] u koje su uključeni budžeti svih nivoa vlasti [regionalni i lokalni nivoi] i izdaci zavoda / fondova zdravstvenog osiguranja [HF.1.2]), zatim privatne potrošnje koju čine dobrovoljna zdravstvena osiguranja, privatne osiguravajuće kuće, šeme

¹ Nacionalni zdravstveni računi (NHA) jesu zdravstveni računi jedne države ili regije (entiteta), urađeni prema metodologiji Sistema zdravstvenih računa (SHA), tako da niz statističkih podataka opiše potrošnju javnog i privatnog sektora u zdravstvenom sistemu (9).

² Ova stavka obuhvata direktno finansiranje zdravstvene zaštite i usluga rezidenata. institucija van države.

³ 1. Tabela HCXHF – funkcije/namjene zdravstvene zaštite u odnosu na izvore finansiranja.

2. Tabela HCXHP – davaoci usluga zdravstvene zaštite u odnosu na izvore finansiranja.

3. Tabela HPXHC – pružaoci usluga u odnosu na funkcije/namjene zdravstvene zaštite.

finansiranja preduzeća (HF.2), kao i potrošnja domaćinstva iz džepa (HF.3), i šeme finansiranja izvan države (HF.4) (tabela 1) (5). Prema definiciji SHA 2011, tekuću zdravstvenu potrošnju (Current Health Expenditure) čine izdaci rezidenata za krajnju potrošnju za zdravstvenu zaštitu i usluge (5).

Kategorija HF.1 uključuje sve programe sa ciljem osiguranja pristupa osnovnoj zdravstvenoj zaštiti cijelog društva, velikog dijela ili bar neke ranjive grupe, i to vladine programe, socijalno zdravstveno osiguranje, obavezno privatno osiguranje i obaveznu zdravstvenu štednju (10).

Kategorija HF.2 obuhvata sve domaće unaprijed utvrđene šeme finansiranja zdravstvene zaštite u kojima je pristup zdravstvenim uslugama diskrecija privatnih aktera (iako može i često podliježe vladinim zakonima i propisima). Uključeni su: dobrovoljno zdravstveno osiguranje, neprofitne šeme finansiranja zdravstvenih usluga i šeme finansiranja preduzeća (10).

Kategorija HF.3 – „izdaci za potrošnju domaćinstava ili plaćanje iz džepa“ po definiciji se smatraju šemom finansiranja. Njihova karakteristika je da se usluga plaća direktno iz primarnog prihoda domaćinstva ili štednje (ne uključuje se plaćanje treće strane): plaćanje vrši korisnik u vrijeme korišćenja usluga. Uključeni su: cost sharing i neformalna plaćanja (kako u gotovini, tako i u robi) (10).

Kategorija HF.4 obuhvata finansijske aranžmane koji uključuju institucionalne jedinice (ili ih upravljaju institucionalne jedinice) koje žive u inostranstvu, ali koje prikupljaju resurse i pribavljaju zdravstvenu zaštitu i usluge u ime stanovnika, bez tranzicije njihovih sredstava putem rezidualnih šema (10).

Svjetska zdravstvena organizacija u okviru baze podataka Health for All uključuje „ukupnu zdravstvenu potrošnju“, koja predstavlja tekuću zdravstvenu potrošnju sa kapitalnim ulaganjima (tabela 7) (11).

Izvršena je analiza slijedećih indikatora: udio tekuće zdravstvene potrošnje u BDP, udio obaveznog zdravstvenog osiguranja u BDP, udio potrošnje vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja u BDP, potrošnja javnog sektora (vlada i obavezno zdravstveno osiguranje) izražena u tekućim PKM po stanovniku, potrošnja obaveznog zdravstvenog osiguranja po stanovniku u

PKM, udio javne potrošnje u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji, udio izdataka iz džepa u BDP, ukupna potrošnja iz džepa po stanovniku izražena u PKM, potrošnja iz džepa kao udio ukupne potrošnje u zdravstvu i potrošnja iz džepa kao udio ukupne privatne potrošnje. Dobijeni rezultati zasnovani su na analizi indikatora u skladu s metodologijom Sistema zdravstvenih računa korišćenja izvora podataka i tehnike procjene za razvoj nacionalnih zdravstvenih računa i komparativnoj analizi kao osnovnoj metodi istraživanja u prezentaciji zdravstvenih troškova i međunarodnim poređenjima. Rađena je retrospektivna analiza indikatora potrošnje u zdravstvu za Bosnu i Hercegovinu, Crnu Goru i susjedne države u periodu 2011–2015, korišćenjem podataka Nacionalnih zdravstvenih računa i GHED, globalne baze podataka zdravstvene potrošnje Svjetske zdravstvene organizacije za Crnu Goru, Bosnu i Hercegovinu, Hrvatsku, Srbiju, Sloveniju i Makedoniju, te poređenje sa drugim zemljama Evrope⁴.

Za analizu su korišćeni poslednji dostupni podaci (poslednja dostupna godina je 2015) Globalne baze podataka zdravstvene potrošnje⁵ i dio podataka iz Health for All⁶ baze podataka.

REZULTATI

Tekuća zdravstvena potrošnja u Bosni i Hercegovini i Srbiji u 2015. iznosila je 9,4% BDP, dok je u Crnoj Gori i Makedoniji taj udio znatno manji (6% i 6,1 % BDP). Slovenija je u istom periodu zabilježila 8,5%, a Hrvatska 7,4% BDP (tabela 1). U Bosni i Hercegovini je potrošnja po stanovniku iznosila 1.102 PKM, u Crnoj Gori 957 PKM, Srbiji 1.324 PKM, dok je u Sloveniji tekuća zdravstvena potrošnja po stanovniku 2.734 PKM (grafikon 2).

Javna zdravstvena potrošnja

Udio javnog sektora, kojeg čine budžeti vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja, u Bosni i Hercegovini se kreće u prosjeku u vrijednosti od 6,6 % BDP u periodu od 2010. do 2015. godine. Mnogo manji procenat izdvajanja za zdravstvo u javnom sektoru u odnosu na BDP (3,9% BDP) bilježi se u Crnoj Gori u

⁴ U 2011. godini Eurostat, SZO i OECD objavili su novu, revidiranu verziju SHA priručnika. SHA metodologija (stara i revidirana verzija) napravila je jasnu razliku između finansijskih, institucionalnih i funkcionalnih aspekata zdravstvene zaštite predlažući trodimenzionalni sistem, koji odgovara na tri ključna pitanja: odakle dolazi novac, gdje ide i kakve su usluge pružene, prikazan u predloženoj Međunarodnoj klasifikaciji za zdravstvene račune (engl. ICHA – International Classification for Health Accounts). Ona se dijeli na četiri osnovne klasifikacije:

1. klasifikaciju namjena/funkcija zdravstvene zaštite (ICHA-HC),
2. klasifikaciju davanja usluga zdravstvene zaštite (ICHA-HP) i
3. klasifikaciju izvora finansiranja zdravstvene zaštite (ICHA-HF).
4. Dodatne tabele agenata finansiranja (FA) i finansijskih izvora (FS)

Njihovim kombinovanjem nastaju tri osnovne tabele (HCXHF, HPXHF, HCXHP) na koje je moguće dograđivati dodatne tabele u zavisnosti od izvora finansiranja, dobrih grupa stanovništva, grupa bolesti i sl. (7, 8).

⁵ <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

⁶ <http://data.euro.who.int/hfad/>

Slika 1. Udio tekuće zdravstvene potrošnje u BDP u 2015.

Slika 2. Tekuća zdravstvena potrošnja po stanovniku u 2015. (PKM USD)

Slika 3. Udio potrošnje javnog sektora u BDP u 2015.

Slika 4. Potrošnja javnog sektora po stanovniku u 2015. (PKM USD)

Slika 5. Ekonomska razvijenost država prema BDP po stanovniku i javna potrošnja za zdravstvo kao udio u BDP u 2014.

Slika 6. Potrošnja domaćinstva iz džepa kao udio u BDP u odnosu na ostale evropske zemlje

Slika 7. Potrošnja domaćinstva iz džepa kao udio u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji u 2014. (poslednji dostupni podaci)

Slika 8. Prikaz tekuće, javne i privatne potrošnje kao udio u BDP

istom periodu (tabela 2). Međutim, potrošnja javnog sektora po stanovniku približna je u ovim zemljama i prosječno iznosi za Bosnu i Hercegovinu 775, a za Crnu Goru 643 (u tekućim PKM USD po stanovniku) u naznačenom periodu (12).

Bosna i Hercegovina se nalazi među zemljama s relativno visokim udjelom potrošnje za zdravstvo iz javnog sektora, dok je Crna Gora među zemljama sa niskim udjelom javne zdravstvene potrošnje u BDP. Srbija u posmatranom periodu ima prosječnu tekuću zdravstvenu potrošnju od 9,9% BDP, ali je primjetan blagi pad potrošnje od 2010. (10,1%) do 2015. godine (9,4%)

(tabela 1). Udio obaveznog zdravstvenog osiguranja čini u prosjeku 6,4 % BDP u Bosni i Hercegovini i 3,9 % BDP u Crnoj Gori u periodu 2010–2015, što znači da je gotovo ukupna javna zdravstvena potrošnja bazirana na obaveznom zdravstvenom osiguranju, a zanemarljiv dio čine budžeti svih nivoa vlasti (tabele 5 i 6) (12). Kada se uporede s drugim zemljama Crna Gora i Bosna i Hercegovina nalaze se na samom dnu ljestvice kada je u pitanju razvijenost zemlje prema BDP po stanovniku, dok, kada je riječ o udjelu zdravstvene potrošnje javnog sektora u BDP, Bosna i Hercegovina, za razliku od Crne Gore, dostiže prosjek evropskih zemalja (grafikon 5).

Tabela 1. Tekuća zdravstvena potrošnja kao udio u BDP.

Države	Indikatori									Područje povjerenja (95%)	
			2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana		
Bosna i Hercegovina	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	9,0	9,2	9,5	9,5	9,6	9,4	9,4	9,3	9,6
Crna Gora	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	5,9	5,8	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	5,8	6,1
Hrvatska	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	8,1	7,8	7,8	7,3	7,5	7,4	7,6	7,3	7,9
Makedonija	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	7,0	6,6	6,4	6,5	6,2	6,1	6,5	6,1	6,6
Slovenija	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	8,6	8,5	8,7	8,8	8,5	8,5	8,6	8,4	8,8
Srbija	Tekuća zdravstvena potrošnja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	10,1	9,7	9,9	9,9	9,8	9,4	9,9	9,5	10,0

Tabela 2. Tekuća zdravstvena potrošnja po stanovniku (PKM)

Države	Indikatori									Područje povjerenja (95%)	
			2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana		
Bosna i Hercegovina	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	843	909	966	1.027	1.072	1.102	986	882	1.091
Crna Gora	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	794	837	843	891	898	957	870	810	930
Hrvatska	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	1.602	1.613	1.645	1.580	1.643	1.656	1.623	1.592	1.654
Srbija	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	1.219	1.250	1.297	1.360	1.356	1.324	1.301	1.241	1.361
Slovenija	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	2.381	2.463	2.519	2.590	2.651	2.734	2.556	2.422	2.691
Makedonija	Tekuća zdravstvena potrošnja	u tekućim PKM po stanovniku	786	763	745	782	828	857	794	750	837

Tabela 3. Udio javnog sektora izraženo u procentima u odnosu na BDP

Države	Indikatori		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana	Područje povjerenja (95%)	
Bosna i Hercegovina	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,3	6,4	6,6	6,7	6,7	6,6	6,6	6,4	6,7
Crna Gora	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	3,8	3,8	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	3,8	4,0
Hrvatska	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,9	6,3	6,4	5,9	5,8	5,7	6,1	5,7	6,6
Makedonija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	4,4	4,2	4,0	4,1	3,9	3,9	4,1	3,9	4,3
Slovenija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,2	6,1	6,3
Srbija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,2	6,0	6,2	6,0	5,8	5,5	6,0	5,7	6,2

Prema međunarodnoj ICHA-HF klasifikaciji riječ je o izvorima finansiranja u javnom sektoru HF.1.1 i HF.1.2

Tabela 4. Potrošnja javnog sektora (budžeti vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja) izraženo u tekućim PKM po stanovniku

Države	Indikatori		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Mediana	Područje povjerenja (95%)	
Bosna i Hercegovina	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	583	632	674	722	752	775	698	612	767
Crna Gora	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	520	542	553	595	595	643	574	528	622
Hrvatska	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	1.369	1.294	1.342	1.268	1.278	1.272	1.286	1.260	1.348
Makedonija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	497	487	467	494	526	551	496	472	535
Slovenija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	1.746	1.806	1.809	1.839	1.883	1.960	1.824	1.763	1.918
Srbija	Potrošnja vlada i obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	754	773	810	822	796	768	784	759	815

Tabela 5. Udio obaveznog zdravstvenog osiguranja u BDP

Države	Indikatori									Područje povjerenja (95%)	
			2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana		
Bosna i Hercegovina	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,1	6,2	6,4	6,5	6,5	6,4	6,4	6,2	6,5
Crna Gora	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	3,8	3,7	4,0	4,0	3,8	3,9	3,9	3,7	4,0
Hrvatska	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	5,3	5,9	6,0	5,7	5,6	5,5	5,7	5,4	5,9
Makedonija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	4,1	3,9	3,6	3,8	3,6	3,6	3,7	3,5	4,0
Slovenija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	6,0	6,0	6,0	5,9	5,8	5,9	6,0	5,8	6,9
Srbija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	% Bruto domaći proizvod (BDP)	5,9	5,6	5,8	5,6	5,4	5,1	5,6	5,3	5,9

Prema međunarodnoj ICHA-HF klasifikaciji riječ je o izvorima finansiranja u javnom sektoru HF 1.2

Tabela 6. Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja

Države	Indikatori									Područje povjerenja (95%)	
			2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana		
Bosna i Hercegovina	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	568	615	653	700	729	752	676	596	743
Crna Gora	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	509	531	543	584	584	631	563	517	610
Hrvatska	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	1.037	1.218	1.264	1.234	1.239	1.232	1.233	1.117	1.291
Makedonija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	457	446	423	450	479	501	453	431	488
Slovenija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	1.666	1.724	1.728	1.757	1.793	1.878	1.743	1.682	1.834
Srbija	Doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja	U tekućim PKM po stanovniku	710	728	758	769	748	721	738	715	763

Tabela 7. Udio javnog sektora izraženo u procentima u odnosu na ukupnu zdravstvenu potrošnju (THE⁷ – Total Health Expenditure).

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	Medijana	Područje pov. (95%)	
BiH	71	71	71	70	71	71	70,24	71,35
Crna Gora	60	60	62	58	57	60	56,97	61,82
Hrvatska	86	80	82	82	82	82	79,68	85,12
Slovenija	74	74	73	72	72	73	71,76	74,24
Srbija	62	62	61	59	62	62	59,58	62,81
Evropski region	69	68	68	68	68	68	67,64	68,75
EU	77	76	76	76	76	76	75,64	76,76

Tabela 8. Udio potrošnje iz džepa izraženo u procentima u odnosu na BDP

Države	Indikatori		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana	Područje povjerenja (95%)	
Bosna i Hercegovina	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8
Crna Gora	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0
Hrvatska	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	1,1	0,9	0,9	0,9	1,1	1,1	1,0	0,9	1,1
Makedonija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	2,6	2,4	2,4	2,4	2,2	2,2	2,4	2,2	2,5
Slovenija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1
Srbija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	% Bruto domaći proizvod (BDP)	3,7	3,5	3,5	3,7	3,9	3,8	3,7	3,5	3,9

Prema klasifikaciji ICHA-HF riječ je o izvorima finansiranja u privatnom sektoru HF.3

⁷ Tekuća zdravstvena potrošnja + kapitalne investicije.

Tabela 9. Potrošnja iz džepa izraženo u tekućim PKM po stanovniku

Države	Indikatori									Područje povjerenja (95%)	
			2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	Medijana		
Bosna i Hercegovina	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	253	268	282	297	308	315	290	262	312
Crna Gora	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	266	281	272	286	294	305	284	269	299
Hrvatska	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	224	194	189	191	246	251	209	186	246
Makedonija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	287	272	277	287	301	305	287	275	302
Slovenija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	302	302	316	327	345	342	321	302	342
Srbija	Potrošnja domaćinstva iz džepa	U tekućim PKM po stanovniku	444	455	459	515	542	537	487	445	540

Tabela 10. Potrošnja domaćinstva iz džepa kao procenat ukupne zdravstvene potrošnje

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	Medijana	Područje pov. (95%)	
BiH	28	28	28	29	28	28	27,64	28,75
Crna Gora	40	40	38	42	43	40	38,18	43,02
Hrvatska	14	12	11	11	11	11	10,18	13,42
Slovenija	12	12	12	12	12	12	12	12
Srbija	36	36	37	37	37	37	35,92	37,28
Evropski region	26	26	26	26	27	26	25,64	26,75
EU	16	16	16	17	17	16	15,72	17,08

Tabela 11. Potrošnja stanovnika iz džepa HF2.1 kao procenat ukupne privatne zdravstvene potrošnje

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	Medijana	Područje pov. (95%)	
BiH	97	97	97	97	97	97	97	97
Crna Gora	100	100	100	100	100	100	100	100
Hrvatska	96	61	62	62	62	62	49,57	87,62
Slovenija	47	44	43	43	43	43	41,85	46,15
Srbija	96	95	96	96	96	96	95,24	96,35
Evropski region	78	77	77	78	78	78	76,92	78,28
EU	68	67	67	68	68	68	66,92	68,28

Privatna zdravstvena potrošnja

U Bosni i Hercegovini je potrošnja domaćinstva iz džepa u prosjeku iznosila 2,7% BDP, odnosno 290 PKM USD po stanovniku, dok je u Crnoj Gori zabilježena neznatno manja potrošnja (1,9 % BDP i 284 PKM USD po stanovniku). Najvišu potrošnju iz džepa u 2015. imala je Srbija (487 PKM), a najmanju Hrvatska (209). Slično je i kada se posmatra potrošnja iz džepa u odnosu na BDP u 2015, kada je Srbija imala najviši udio zdravstvene potrošnje iz džepa stanovnika u odnosu na BDP – 3,8% (tabele 8 i 9) (3).

DISKUSIJA

Elementi sistema finansiranja zdravstva su: prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korišćenja zdravstvene zaštite. Finansiranje zdravstvenoga sistema započinje procesom prikupljanja sredstava koje može biti javno i privatno (6).

S obzirom na to da države kojima se bavi ovaj rad nisu razvile Nacionalni zdravstveni račun, te da nema podataka u okviru klasifikacije namjene/funkcije zdravstvene zaštite (ICHA-HC) i klasifikacije davaoca usluga zdravstvene zaštite (ICHA-HP), izvršena je analiza samo u okviru klasifikacije izvora finansiranja zdravstvene zaštite ICHA-HF.

Glavni pokazatelji potrošnje za zdravstvo, koji se najviše koriste u međunarodnim poređenjima, jesu: ukupna (javna i privatna) potrošnja za zdravstvo kao udio u BDP i ukupna potrošnja za zdravstvo po stanovniku u paritetu kupovne moći. Svrha ovih pokazatelja je da pokažu ukupan obim zdravstvene potrošnje u zemlji, koja zavisi od raznih faktora: nivoa ekonomske razvijenosti zemlje (BDP po stanovniku), očekivanja stanovništva u vezi sa zdravljem, općeg zdravstvenog stanja stanovništva. S druge strane, važne su i različite institucionalne karakteristike zdravstvenog sistema, kao što su raspoloživost javnih sredstava za zdravstvo, obim prava na usluge iz javnih sredstava, raspoloživi kapaciteti (osoblje, kreveti, tehnologija), nivo plata, nivo cijena, modeli plaćanja pružaoca zdravstvenih usluga, sistem čuvara (sistem upućivanja pacijenata s primarnog nivoa na više nivoe zdravstvene zaštite), administrativni troškovi (9).

Kao najcitiraniji razlozi rasta zdravstvene potrošnje navode se starenje stanovništva, povećana upotreba medicinske tehnologije, rast nesavjesnog rada ljekara, asimetrija informacija između pacijenata i davatelja, moralni rizik, stil življenja itd. (Henderson, 2007) (13).

Za sve države bivše Jugoslavije karakteristično je pretežno finansiranje iz javnog sektora u kojem dominira fond obaveznog zdravstvenog osiguranja, zasnovan na načelima solidarnosti i uzajamnosti, karakterističan za Bizmarkov model finansiranja.

Ovaj model nazvan je po Otu Bizmarku (Otto Bismarck), tadašnjem kancelaru Prusije. Osnovne karakteristike ovog modela su: finansiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda, obuhvat 60–80% stanovništva obaveznim osiguranjem, s paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i neprofitna služba, javna i interna kontrola i različite metode plaćanja lekara/ustanova (4).

Značajno je razumjeti da sav novac direktno ili indirektno dolazi od građana, i to finansiranjem iz državnog budžeta – obavezno zdravstveno osiguranje; direktnim plaćanjem „iz džepa“ – finansiranje iz sredstava zajednice; donacijama, kreditima itd. (14).

U Bosni i Hercegovini postoji ukupno 13 zavoda/fondova zdravstvenog osiguranja (dva entitetska, distrikt Brčko i 10 kantonalnih) koji upravljaju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Udio tih sredstava kroz obavezne doprinose za osiguranje u javnoj potrošnji iznosio je 97%, što znači da je skoro cijela javna potrošnja bazirana na doprinosima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a zanemarljiv udio (oko 3%) predstavljaju izdvajanja iz budžeta različitih nivoa vlasti (opština, kantona, entiteta). Udio javnih izdataka za zdravstvo u BiH u ukupnoj potrošnji relativno je visok, u velikoj mjeri i zbog duge tradicije socijalnog zdravstvenog osiguranja (visok udio javnih izdataka je iz istog razloga tipičan za sve države bivše Jugoslavije) (9).

U Crnoj Gori je Republički zavod za zdravstveno osiguranje glavni agent koji upravlja novcem osiguranika. Prihodi RFZZO su doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje OZO, sredstva iz budžeta Republike, sredstva od akciza, sredstva po konvencijama, donacije, naknade štete, kamate, dividende, rente i drugi izvori u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju. Obično se transferi iz Ministarstava zdravstva koriste za finansiranje specifičnih programa javnog zdravstva, za pokrivanje zdravstvene zaštite za neosigurane, uključujući nezaposlene i izbjeglice (15).

Finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u osnovi je zasnovano na Bizmarkovom modelu, pošto se više od 90% sredstava za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iz sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.(4)

Pojam zdravstveni sistem označava aktivnosti koje uključuju ne samo zdravstveni sektor nego i niz drugih sektora (privrednih i društvenih), koji zajedno učestvuju u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite stanovništva (Ministarstvo zdravlja, 2013). Zdravstveni sistem u Republici Srbiji organizuju i njime upravljaju tri najznačajnije institucije: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ i Republički zavod za zdravstveno osiguranje (16).

Hrvatski je zdravstveni sistem po svojim karakteristikama najbliži Bizmarkovom modelu finansiranja. Za finansiranje sistema zdravstva, centralno mjesto zauzima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji provodi obavezno zdravstveno osiguranje na načelima solidarnosti i uzajamnosti. HZZO osigurava glavninu zdravstvenih rizika, tj. pokriva troškove zdravstvenih ustanova na nivou od oko 80% ukupnih troškova (6).

Sistem zdravstvene zaštite i provedbu zdravstvene zaštite u većini dijelova Republike Makedonije, sa preko 85%, finansira Fond. Ostatak se finansira iz državnog budžeta, raznih donacija i direktnih plaćanja pacijenata za zdravstvene usluge. Fond zdravstvenog osiguranja Makedonije (HIF) odgovoran je za prikupljanje i izdvajanje sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (17).

Iako su svi Slovenci pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem preko fonda zdravstvenog osiguranja (HIIS)⁸, u Sloveniji postoji i značajno dobrovoljno dopunsko zdravstveno osiguranje (CHI) s vrlo visokim udjelom u okviru privatnih izdataka (više od polovine), zbog kojeg se samo 12% ukupnih zdravstvenih izdataka odnose na izdvajanja iz džepa. Iako postoji veliki broj negativnih karakteristika privatnih komplementarnih fondova (npr visoki administrativni troškovi u odnosu na javni, privatna dobit), ipak su odigrali važnu ulogu u finansijskoj zaštiti stanovništva i dostupnosti zdravstvenih usluga u vrijeme ekonomske krize, kad su se značajno smanjili javni prihodi u fond obaveznog zdravstvenog osiguranja (18).

Udio javnih i privatnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima u Sloveniji na nivou je prosjeka država EU, ali je udio izdataka iz džepa mnogo manji (samo polovina svih privatnih izdataka). Daljnje opcije zdravstvenih reformi uključuju usklađivanje doprinosa zdravstvenog osiguranja penzionera sa standardnim doprinosom zaposlenih i omogućavanje povećanja premija komplementarnog zdravstvenog osiguranja sa starosnom dobi korisnika (19).

Države OECD u kojima doprinosi socijalnog osiguranja učestvuju sa više od polovine ukupne vladine potrošnje za zdravstvo su: Austrija, Belgija, Češka, Estonija, Francuska, Njemačka, Izrael, Japan, Koreja, Luksemburg, Holandija, Poljska, Slovačka, Slovenija, Turska i SAD (20). Uglavnom je reč o državama koje su razvile Bizmarkov model socijalnog osiguranja, ali njegov veliki dio dopunjavaju budžetskim finansiranjem.

Neke zemlje OECD jako se oslanjaju na centralizirano upravljanje i nadzor sistema za usmjeravanje potražnje i ponude zdravstvenih usluga, dok su u nekoliko zemalja regulisani tržišni mehanizmi, kao što su plaćanje za

usluge, natjecanje upravljano izborom korisnika i privatnim osiguranjem, imaju dominantnu ulogu. Ali sve se više zemalja oslanja na mješavinu dva modela. Dok se tržišno bazirani i regulatorni pristupi često prikazuju kao dva različita modela, u praksi se oni češće kombinuju nego što se koriste odvojeno (21).

Visok udio tekuće zdravstvene potrošnje u ukupnom BDP (9,4%) zabilježen je u Bosni i Hercegovini i Srbiji, dok Crna Gora i Makedonija imaju prihvatljiviji udio u BDP (oko 6%). (tabela 1). Međutim, kada se posmatra ukupna tekuća zdravstvena potrošnja po stanovniku dolazi se do podataka da Crna Gora, Bosna i Hercegovina i Srbija imaju približno istu potrošnju (Srbija – 1324, Bosna i Hercegovina – 1102, Crna Gora – 957 (u tekućim PKM USD, 2015) i nalaze se u grupi zemalja sa veoma niskom potrošnjom za zdravstvenu zaštitu, ali ipak na odgovarajućem nivou u poređenju s ekonomskom razvijenošću država. Od posmatranih zemalja Makedonija ima najmanju tekuću zdravstvenu potrošnju po stanovniku (857 PKM), dok Slovenija (2.734 PKM) ima znatno veću potrošnju u poređenju sa ostalim zemljama okruženja, ali manju od zemalja Evropske unije (grafikon 2).

I pored visokog izdvajanja za zdravstvenu zaštitu iz BDP, sistem ne uspijeva da obezbijedi stepen zdravstvene zaštite koji odgovara tako visokom učešću u BDP. Činjenica je da stepen razvijenosti zemlje određuje karakter i kvalitet zdravstvene zaštite svake zemlje, ali efikasnost sistema je nešto sasvim drugo. Stoga, važno je pitanje kako s raspoloživim, a oskudnim, resursima i kapacitetima postići što viši, očekivani, stepen zdravstvene zaštite (22).

Kada govorimo o udjelu javnog sektora (potrošnja iz budžeta i fondova zdravstvenog osiguranja) u BDP, najviši udio među zemljama na sličnom nivou ekonomske razvijenosti ima Bosna i Hercegovina (6,6%), a slijede Hrvatska (5,7%) i Srbija (5,5%) (tabela 3).

Procenat potrošnje iz javnog sektora za zdravstvo u ukupnoj potrošnji u zdravstvu relativno je visok u svim posmatranim državama i zbog naslijeđene duge tradicije socijalnog i zdravstvenog osiguranja iz prethodnog sistema. Ukoliko se posmatra javna zdravstvena potrošnja po stanovniku, rezultati pokazuju da je ona u 2015. najniža u Makedoniji (551) i Crnoj Gori (643), a najviša u Sloveniji (1960). Srbija i Bosna i Hercegovina su u 2015. godini imale sličan nivo javne zdravstvene potrošnje po stanovniku (oko 770 PKM) (tabela 4).

Udio budžetskog finansiranja veoma je nizak u svim tim državama, što povećava osjetljivost zdravstvenog sistema na krizu u situacijama kada dolazi do smanjenja zaposlenih, koji u najvećoj mjeri plaćaju doprinose za zdravstveno osiguranje. Sistem socijalnog osiguranja sa niskim dodatnim budžetskim finansiranjem osjetljiv je i na

⁸ Health Insurance Institute of Slovenia (Zavod zdravstvenog osiguranja Slovenije).

smanjenje prihoda zbog starenja populacije (kao i smanjenja aktivne zaposlene populacije u budućnosti) i ne osigurava dugoročnu finansijsku održivost javnog zdravstvenog sistema (9).

Prema metodologiji Sistema zdravstvenih računa (SHA 2011) privatna potrošnja se sastoji iz plaćanja iz džepa i dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Podaci pokazuju da dobrovoljna zdravstvena osiguranja čine neznatan udio u okviru privatne potrošnje u ovim zemljama. U Bosni i Hercegovini taj udio je samo 0,3% u 2014. godini. To znači da su ukupna privatna potrošnja bazirana na potrošnji iz džepa stanovnika i njen udio u BDP slični za obje zemlje i imaju sledeće vrijednosti – 2,7% za BiH i 2% za Crnu Goru (za period 2010–2015). Udio privatne potrošnje u zdravstvu u ukupnoj potrošnji u Bosni i Hercegovini u prosjeku iznosi 29% ukupne zdravstvene potrošnje, u Crnoj Gori 40%, dok je prosjek u državama EU 24%, s tim što treba napomenuti da u državama EU veliki udio privatne potrošnje čine dobrovoljna zdravstvena osiguranja, a ne plaćanje iz džepa.

U poređenju sa ostalim zemljama u okruženju, najviši udio potrošnje iz džepa u BDP ima Srbija (3,7%), dok je najmanja potrošnja iz džepa u Sloveniji i Hrvatskoj (1,1%).(tabele 8 i 9). U poređenju sa ostalim zemljama Evrope, udio potrošnje iz džepa u BDP najviši je u Albaniji (3,9%) (grafikon 6).

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji incidenca finansijske katastrofe i osiromašenja pada na prihvatljiv nivo tek kada plaćanje iz džepa padne ispod 15–20% ukupnih izdataka za zdravstvo (23).

Potrošnja iz džepa za zdravstvo ostaje važan i sve veći izvor zdravstvenog duga i problema sa zdravstvenim računom, uključujući, ali ne ograničavajući se, na smanjenje pristupa njezi i negativnim socijalnim ishodima koji utiču na zdravlje.

U kriznim godinama su u svim državama EU preuzete mjere za stabilizaciju i održivost finansiranja javnih zdravstvenih sistema. Jedna od važnih karakteristika reformi, odnosno mjera preuzetih u tom periodu, jeste da se države sve više kreću u smjeru tzv. miks sistema finansiranja zdravstvene zaštite, što znači, da se sistemi, koji su u velikoj mjeri bazirani na socijalnom i zdravstvenom osiguranju sve više dopunjavaju finansiranjem iz poreza, odnosno budžetskim finansiranjem (9).

Kao primjer efikasne reforme finansiranja zdravstvenog sistema u Evropi često se spominje primjer francuskog zdravstvenog sistema. Francuska može biti od posebnog interesa za donosiocje politika uključenih u postavljanje zdravstvenih budžeta u državama bivše Jugoslavije, jer je sistem zdravstvene zaštite zasnovan na

principima socijalnog osiguranja, ali je tokom vremena evoluirao u vladin sistem zdravstvene zaštite.

Francuska je postepeno implementirala niz regulatornih politika, na pola puta između „računovodstvenog“ i medicinskog pristupa. Francuska vlada je uspostavila institucije kako bi osigurala usklađivanje dva pristupa (Odbor upozorenja za evoluciju troškova zdravstvenog osiguranja i Upravni odbor ONDAM⁹). Specifikacija ukupnog cilja potrošnje za zdravstvenu zaštitu, poznatu kao Nacionalna Cilj troškova zdravstvena zaštite (ONDAM), jedan je od najznačajnijih aspekata Zakona o finansiranju socijalnog osiguranja. Predstavlja ukupan iznos zdravstvene potrošnje koju parlament postavlja kao cilj za kalendarsku godinu. Odbor ranog upozorenja odgovoran je za praćenje i izveštavanje o napretku ispunjavajući postavljeni cilj ONDAM (20).

Osim proširivanja baze prihoda za doprinose (što je jedna od preporuka Evropske komisije 2013. za poboljšanje održivosti finansiranja zdravstvenog sistema) i povećanja solidarnosti u stopama doprinosa, jačanje transfera iz državnog budžeta je mjera koja je u krizi preuzeta u Njemačkoj, Mađarskoj i Litvaniji, a u pojedinim državama su neki porezi izdvojeni iz budžeta i sada se namjenski koriste za zdravstvo (Francuska i Italija); na primjer povećavanje udjela akciza na alkohol i duhan; uvođenje akciza na slatka pića. Evropska komisija napominje da su mjere koje su u državama EU sprovedene za vrijeme krize bile uglavnom usmjerene na poboljšanje fiskalne održivosti javne potrošnje u zdravstvu. Međutim, ove mjere nemaju efekta na poboljšanje efikasnosti zdravstvenog sistema. Na primjer, one ne utiču na promjene u strukturi potrošenih javnih sredstava (povećavanje finansiranja ambulantne njege prema bolničkoj njezi, prevencija bolesti i promocija zdravlja). EK zaključuje da ostaje dovoljno prostora za daljnje reforme i poboljšanje efikasnosti zdravstvenog sistema (i na taj način usporenje rasta javne potrošnje za zdravstvo u BDP). S obzirom na buduće fiskalne izazove treba proširiti reformske napore prema mjerama koje više utiču na efikasnost i efektivnost zdravstvenih sistema. Empirijske studije i istorijsko iskustvo sugerisu da smanjenje zarada zdravstvenih radnika nije izvodljivo srednjoročno ili dugoročno, jer politika plata u zdravstvenom sektoru mora da ostane konkurentna kako bi privukla mlade, obrazovane profesionalce (9).

Istovremeno dolazi i do promjena u politici finansiranja zdravstva u Evropskoj uniji. Iako je kontrola troškova vrlo važna, nositelji politike izbjegavaju smanjivanje izdataka za zdravstvo, koje bi za posljedicu imalo smanjenje jednakosti, efikasnosti i kvaliteta (Masseria et al., 2009) (24).

⁹ Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

Zaključak

Bosna i Hercegovina i Srbija imaju veoma visok udio zdravstvene potrošnje (ukupne, javne i privatne) u BDP, sa visokim udjelom i javnog i privatnog sektora, mada je zbog niskog BDP potrošnja po stanovniku veoma niska u odnosu na druge evropske zemlje. Crna Gora, za razliku od BiH i Srbije, ima udio ukupne i javne potrošnje u BDP na prihvatljivom nivou (jedan od razloga je i viši ukupni BDP) u odnosu na nivo razvijenosti zemlje, ali, s druge strane, ima problem zbog visokog nivoa privatne potrošnje. Privatna potrošnja u ovim zemljama zasnovana je na potrošnji domaćinstva iz džepa s obzirom na to da ne postoji razvijen sistem dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, što ukazuje da je finansijska zaštita stanovništva veoma loša. Sve države imaju zdravstvene sisteme bazirane pretežno na sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno na doprinosima zaposlenih kod poslodavaca. Takođe, nizak je udio izdvajanja iz budžeta koje vlade treba da obezbijede kako bi zdravstveni sistem lakše funkcionisao. U budućnosti treba donositi mjere koje će zaštititi stanovništvo od takve vrste plaćanja uvođenjem dopunskih sistema plaćanja (formiranjem novih fondova ili dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja) i većim izdvajanjima iz budžeta, odnosno finansiranjem iz poreza koji nisu toliko osjetljivi na starenje populacije kao doprinosi. Realne stope rasta javne potrošnje, te visok udio javne potrošnje za zdravstvo u ostvarenom BDP u zemljama kao što je Bosna i Hercegovina, koje se nalaze na nižem nivou ekonomskog razvoja, te brži realni rast javne potrošnje u odnosu na rast BDP, alarmantan su faktor koji može da dovede do finansijske neodrživosti zdravstvenih sistema.

Praćenje zdravstvene potrošnje je jedno od najvažnijih pitanja za kontrolu utrošenih finansijskih sredstava, ograničavanje potrošnje, relokaciju sredstva u okviru pojedinih namjena/funkcija zdravstvene zaštite i planiranja potrošnje u narednom periodu.

Jedna od preporuka za povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema Srbije jeste da se poboljša proces pripreme godišnjih planova i budžeta jer je to suštinski važno za finansijsku održivost sistema (25).

Države koje žele da postignu univerzalno zdravstveno osiguranje treba da usvoje javne politike koje smanjuju oslanjanje na potrošnju domaćinstava i poboljšaju institucije koje upravljaju udruženim fondovima kako bi se bavili jednakim, efikasnim i održivim izdacima za zdravstvo (26).

Opseg poređenja međunarodnih zdravstvenih sistema razlikuje se po zemljama, vrsti uspostavljenog zdravstvenog informacionog sistema i dostupnosti resursa. Povećan interes za upoređivanje međunarodnih zdravstvenih sistema podstaknut je iz više razloga. Međunarodni podaci imaju ključnu ulogu u programu

odgovornosti, koji omogućava zemljama da pokažu da je njihov učinak na određenim stavkama ekvivalentan ili bolji od drugih zemalja.

Na osnovu podataka o izvorima finansiranja na agregiranom nivou moguće je izvršiti uporednu analizu zdravstvenih sistema država sličnih struktura finansiranja zdravstvenih sistema, dok su za analizu namjena i davanja usluga zdravstvene zaštite potrebni detaljni podaci Nacionalnih zdravstvenih računa, kako bi se napravila komparativna analiza i dobila jasna slika o razlikama u strukturi utroška sredstava u bolnicama, ambulantama, potrošnji na lijekove i medicinska sredstva, prevenciju i administraciju, kao i druge stavke koje se nalaze u okviru tabela odnosa troškova za namjene (ICHA-HC) i troškova pružatelja (ICHA-HP) zdravstvenih usluga

SKRAĆENICE

- BIH - Bosna i Hercegovina
EUROSTAT - Ured za statistiku EU
HC - Klasifikacija namjena (funkcija) zdravstvene zaštite (engl. Classification of Health Care Functions)
HF - Klasifikacija izvora finansiranja zdravstvene zaštite (engl. Classification of Health Care Financing Schemes)
HP - Klasifikacija pružaoca usluga zdravstvene zaštite (engl. Classification of Health Care Providers)
ICHA - Međunarodna klasifikacija za zdravstvene račune (engl. International Classification for Health Accounts)
NZR - Nacionalni zdravstveni računi
OECD - Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj
PKM - Paritet kupovne moći
SHA - Sistem zdravstvenih računa (engl. System of Health Accounts)
SZO - Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization)
JQ - Zajednički upitnik (Joint Questionnaire)
OTC - Lijekovi koji se izdaju bez recepta (engl. Over The Counter)
GHED - Global Health Expenditure Database

LITERATURA

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives. France, Paris. 2015.
2. Bhawalkar M, De S, Maier M, Martinez R, Nandakumar AK, Tien M. Understanding National Health Accounts: the methodology and implementation process. Partners for Health Reform plus. 2003.

3. Federalni zavod za programiranje razvoja. Poreska reforma u funkciji investicija i zapošljavanja. Bosna i Hercegovina, Sarajevo. 2012.
4. Jovanović S., Milovanović S., Mandić J., Jovović S. Sistemi zdravstvene zaštite. Engrami 2015; 37:78-9.
5. World Health Organisation. A system of health accounts. 2011 ed. Switzerland, Geneva. 2011: 24.
6. Kovač N, Finansiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj, God. XXVI, BR. 2/2013: 551–63.
7. Cogswell H, Connor C, Dereje T, Kaplan A, Nakhimovsky S. System of Health Accounts 2011: what is SHA 2011 and how are SHA 2011 data produced and used. Health Finance & Governance project. Abt Associates Inc. 2013.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. A system of health accounts: version 1.0. France, Paris. 2000: 13.
9. Zver E, Marn S, Šahman-Salihbegović S, Pejović D, Knežević G, Eskić-Pihljak A et al. Nacionalni zdravstveni računi u Bosni i Hercegovini: izvještaj za period 2009.–2011. Bosna i Hercegovina, Sarajevo. 2012.
10. Sistem zdravstvenih računa, metodologija <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>
11. World Health Organisation. European health for all database (HFA-DB). Switzerland, Geneva. 2016.
12. World Health Organisation. WHO Global Health Expenditure Database. Switzerland, Geneva. 2017.
13. Barić V., Smolić Š., Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske, Katedra za makroekonomiju i gospodarski razvoj, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
14. Gavrilović A, Trmčić S. Zdravstveno osiguranje u Srbiji – finansijski održiv sistem. Međunarodna naučna konferencija Menadžment 2012, 2012.
15. Bralić R, Popović V, Kojičić M, Babić A, Mrdak A, Glomazić Z et al. Strateški razvojni plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje do 2011. godine. Republički fond za zdravstveno osiguranje, Podgorica. 2006.
16. Mitrović M, Gavrilović A. Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije. FBIM Transactions. 2013; 1: 145–58.
17. Kamcev N, Angelovska B, Kamceva G, Richter K. Health organization in Republic of Macedonia – the place of preventive health care in the medical health system: advantages and disadvantages. EPMA J. 2010; 1:595-9.
18. Cylus J, Analysis of the health system in Slovenia, Health system expenditure review, European Observatory on Health Systems and Policies. 2015
19. Tanjekar M, Bonča-Došenović P, Čok M, Domadenik P, Korže B, Sambt J et al. Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva. Copis d. o. o., Ljubljana. 2016.
20. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, Paris: OECD, 2015: 191,198, 209, 212, 223.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care systems: efficiency and policy settings. OECD Publishing, Paris, France. 2010, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>
22. Ristanović V. Zdravstvena zaštita u Republici Srbiji. Ekonomske analize. 2015, <http://www.ekonomskeanalize.com/index.php/zdravstvena-zastita-u-republici-srbiji>, pristupljeno 20. aprila 2018. godine.
23. World Health Organisation. The World Health Report 2010 – health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
24. Vehovec M, O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski institut, Zagreb, 2014: 161.
25. Ernst & Young d. o. o. Beograd – Firma članica Ernst & Young Global Limited, Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji. Beograd. 2016. EYGM Limited.
26. Savedoff WD, Ferranti de D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. Lancet. 2012; 380(9845): 924–32.