

V.3. SEKTORSKI PRIORITETI – ZDRAVSTVO

1. Ciljevi reforme u sektoru:

- 1.1. osigurati dostupan zdravstveni sistem za sve građane, društveno prihvatljiv, utemeljen na načelima solidarnosti i pravičnosti, omogućujući raznim socijalnim grupama (osobito siromašnima) pristup garantiranom osnovnom paketu zdravstvenih prava i usluga**
- 1.2. osigurati efikasan i transparentan zdravstveni sistem usmjeren ka promociji zdravlja i prevenciji bolesti**
- 1.3. osigurati sistem orijentiran ka kvalitetu, sa kontinuiranim razvojem kvaliteta zaštite i kliničkim nadzorom**
- 1.4. osigurati sistem usmjeren ka potrebama za zdravstvenom zaštitom, koji aktivno uključuje interese i stavove kako pacijenata, tako i zdravstvenih djelatnika**

2. Uvod

Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao "stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili iznemoglosti." Zdravstveni djelatnici često nerado prihvataju konstataciju da ključne determinante zdravlja leže izvan kompetencija zdravstvenog sektora. Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti sa ekonomskim razvojem. Oba pomenuta procesa su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije. Interesantan je podatak da se doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema poboljšanja zdravlja stanovništva procjenjuje na svega 10 odsto, a ostatak je rezultat rada drugih sektora.¹

Glavne determinante zdravlja koreliraju sa uvjetima življenja, faktorima okoliša, stilovima života i biološkim faktorima, kao što su starost, spol i naslijeđivanje.² Tako npr. politika u oblasti stanovanja, poljoprivrede, edukacije, uvjeta rada, zapošljavanja, vode i sanitacije, transporta, fiskalnih propisa i socijalne skrbi, često ima veći utjecaj na zdravlje stanovništva nego zdravstveni sektor. Stoga je osobito važno naglasiti značaj intersektorske suradnje u zaštiti zdravlja stanovništva, koja bi se, sukladno Deklaraciji iz Otawe, trebala temeljiti na 5 oblasti za intervenciju, a to su: kreiranje zdravih javnih politika, kreiranje održivog okoliša, jačanje akcije zajednice, razvoj osobnih vještina u javnom zdravstvu i reorijentacija zdravstvenih usluga.³

Odnos između ekonomskog razvoja i zdravlja se može okarakterizirati sa dva termina, a to su "ekonomija zdravlja" i "zdravlje ekonomije". Perspektiva "ekonomije zdravlja" se fokusira na efekte slabog zdravlja i rane smrti na ekonomski razvoj, te na gubitak produktivnosti. Mnoge zemlje su primarno zabrinute za financijske troškove zdravstvenih usluga i šema socijalne sigurnosti, prije nego za sveukupne troškove bolesti i rane smrti za društvo i individue. "Zdravlje ekonomskih strategija" se fokusira na zdravstvene efekte raznih ekonomskih politika. Glavni kriterij za prosuđivanje zdravstvenih efekata ekonomskih politika je kako one utječu na vulnerabilne skupine. Socijalna oskudica, sa ekonomskim nejednakostima i uvjetima stanovanja, rezultira nižom očekivanom dužinom života, i većom dojenačkom smrtnošću u nižim socijalnim klasama.

Nezaposlenost će predstavljati značajan problem u BiH u budućnosti. Ozbiljne znanstvene studije su pokazale da se dugoročna nezaposlenost može smatrati kao zdravstveni hazard *per se*, bilo da rezultira bolestima vezanim za siromaštvo, ili, pak, u dobro razvijenim sistemima socijalne sigurnosti,

¹ Dahlgren G., The need for intersectoral action for health. The European Health Policy Conference: Opportunities for the Future, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 5-9 December 1994, pp. 18.

² WHO. Zdravlje 21 – zdravlje za sve u 21. stoljeću. Regionalni ured WHO, Copenhagen, 2000.

³ WHO. European health care reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Publication, European Series, No. 72, Copenhagen 1997.

psihosocijalnim bolestima (kardiovaskularne bolesti i mentalni problemi). Zdrava politika zapošljavanja podrazumijeva inicijativu selektivnog kreiranja radnih mjesta za one sa najvećim rizikom od posljedica nezaposlenosti, kao i adekvatnog sistema finansijske potpore. Nezaposlenost, zajedno sa narušenim socijalno-ekonomskim determinantama zdravlja, ili bez njih, često rezultira izborom nezdravog stila života kod velikog broja ljudi, osobito u siromašnijim slojevima stanovništva. Stoga je evidentan porast pušenja, konzumiranja alkohola i opojnih droga, nezdrave ishrane i nedostatne fizičke aktivnosti, što konzekventno rezultira pojavom masovnih kroničnih nezaraznih bolesti. Finansijska nedostupnost zdravstvenih usluga za siromašne čest je razlog odlaganja zahtjeva za zdravstvenim uslugama, sve do trenutka kada su simptomi bolesti već uznapredovali, i kada je tretman bolesti skuplji.

U okviru SAA ova oblast se tretira u Politikama saradnje, kao dio saradnje na području socijalne politike, a odnosi se na zdravlje i sigurnost radnika.

2.1. Stanje

Prema popisu iz 1991. godine, na teritoriji BiH je živjelo 4,377.033 stanovnika. Krajem 2000, prema procjenama Zavoda za statistiku, u BiH živjelo je 3,683.665 stanovnika.⁴ Starosna struktura BiH stanovništva bila je 1991. godine tipa "granično stacionarno-regresivnog", sa neznatno suženom demografskom piramidom. Prema istom izvoru, trenutna starosna struktura populacije BiH podsjeća na onu iz 1991. godine. Tako je stanovništvo BiH u 2000. pripadalo regresivnom biološkom tipu. Oko 13,6 odsto od ukupnog stanovništva u FBiH činile su raseljene osobe. Procjenjuje se da 80 procenata čini urbano stanovništvo, što je posljedica masovnih migracija u gradove posljednjih godina. Primjetan je porast broja stanovnika u dobnoj skupini od 65 i više godina (od 6,4% do gotovo 11% od cjelokupne populacije) i značajan pad radno aktivnog stanovništva, u skupini od 20 do 40 godina. Za zdravstvo se izdvaja 7,6 odsto od GDP-a iz javne potrošnje. Ali, ako se uzme u obzir da se u privatnom zdravstvenom sektoru i tzv. neformalnom sektoru (sva plaćanja koja idu direktno iz džepova građana BiH putem tzv. „plaćanja ispod stola“, a koja se odnose na javni zdravstveni sektor) potroši dodatnih 4,7 odsto od GDP, onda je ukupna potrošnja za zdravstvo u BiH 12,3 procenata GDP, što je izuzetno mnogo za siromašnu državu kakva je BiH. Potrošnja za zdravstvo per capita 1999. je bila od oko 100 KM u RS do 218 KM u FBiH. Više od trećine ukupnih sredstava, odnosno 37 odsto izdvaja se za primarnu, 35 za sekundarnu i 18 odsto za tercijarnu zdravstvenu zaštitu⁵.

2.1.1. Zdravstveno stanje stanovništva BiH

U poslijeratnom periodu konstantno se pogoršava zdravstveno stanje stanovništva BiH. Kao što je ranije spomenuto, glavni razlozi su: socio-ekonomska situacija, nezaposlenost, migracije, veliki broj raseljenih lica, nepokrivenost zdravstvenim osiguranjem, nezdrav način života, itd. Zbog zdravstvenih poteškoća, 22 odsto stanovništva iznad 17 godina starosti u BiH navodi povremena ograničenja aktivnosti u svakodnevnom životu, 24 odsto ima kronične, a 4 odsto njih ima ozbiljne smetnje⁶. Uz to, značajno pogoršanje zdravstvenog stanja stanovništva nastalo je kao posljedica dejstva dugotrajnog stresa tj. posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP).

Usprkos činjenici da je rat izravno utjecao na zdravstveno stanje stanovništva, očekivani životni vijek je, recimo u 2000. bio između 71 i 75 godina, što je jednako stanju iz 1990.⁷ Pokrivenost imunizacijom u cilju zaštite od TBC, difterije, tetanusa, pertusisa, poliomijelitisa i morbila u toku 2000. godine u BiH bila je prilično visoka, i iznosila je 95 odsto, nešto niža nego 1991, kada je iznosila 98 odsto.⁸⁹ U 1991. godini BiH se sa stopom smrtnosti dojenčadi od 14,5 promila nalazila među zemljama sa relativno niskim mortalitetom (u Centralnoj i Istočnoj Evropi stopa smrtnosti dojenčadi bila je 17,5 promila, a evropski prosjek je bio 7,5 promila). Nakon rata, zbog različitog načina prijavljivanja, postojale su velike varijacije u stopi smrtnosti dojenčadi među kantonima/regijama, tako da podatak za 1998. od 11,7 promila treba uzeti s oprezom. Kada je u pitanju smrtnost novorođenčadi, u

⁴ Statistički godišnjak FBiH 2001. Federalni zavod za statistiku, Sarajevo, 2001.

⁵ National Health Resource Account, WB

⁶ Kako ljudi subjektivno procjenjuju svoje zdravstveno stanje.

⁷ BiH: Poverty Assessment (Svjetska banka, mart 2003.)

⁸ Istraživanje o ženama i djeci u Federaciji Bosne i Hercegovine (MICS 2000). Ministarstvo zdravstva FBiH, Zavod za javno zdravstvo FBiH, UNICEF, Sarajevo, 2000.

⁹ Ispitivanje napretka u ostvarivanju ciljeva Svjetskog samita za djecu putem višestrukih pokazatelja u Republici Srpskoj 2000. godine (RS MICS 2000). Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, UNICEF, Banja Luka 2000.

usporedbi sa Zapadnom Evropom, imamo dvostruko lošiji rezultat. Stopa smrtnosti roditelja je također jedan od pouzdanih indikatora, koji govori o učinkovitosti zdravstvene zaštite. U prijeratnoj BiH ova stopa je iznosila 10,7 promila. Mada u poslijeratnom periodu nisu objavljivani podaci, procjenjuje se da je smrtnost roditelja u porastu. Gotovo polovina muške populacije iznad 17 godina puši. Među odraslim ženama trend je isti (22%)¹⁰. Na «svjetskoj ljestvici zdravlja»¹¹, koja iskazuje ukupno dostignuće zemlje u postizanju zdravlja, BiH zauzima 79. mjesto.

U usporedbi s listom vodećih uzroka smrti u BiH prije rata, pa i s većinom evropskih zemalja, sadašnja lista vodećih uzroka smrti u BiH gotovo je jednaka. U 1991. na prvom mjestu među vodećim uzrocima smrti i izgubljenih godina zbog invaliditeta (DALY)¹² bile su bolesti kardiovaskularnog sistema (50%), kao što su hipertenzija i koronarne ishemične bolesti. Maligne neoplazme su na drugom mjestu (18%), i njihov broj se povećao tokom posljednjih decenija. Na trećem mjestu su simptomi i ostala nedefinirana stanja. Povrede i trovanja su također u porastu, i dolaze na četvrto mjesto među specifičnim uzrocima smrti. Vodeće tri zarazne bolesti u BiH su respiratorna oboljenja (influenca), dječija zarazna oboljenja (varicela), crijevna oboljenja (enterokolitis).

Zajedno sa 46 evropskih zemalja, BiH je ušla u program nadzora nad tuberkulozom u Evropi - Euro TB. Prema podacima iz 2000. godine incidenca tuberkuloze u BiH bila je 65,6/100.000, a prosječna stopa obolijevanja za 46 zemalja Evrope bila je 76/100.000. Stopa obolijevanja od tuberkuloze porasla je poslije rata, u usporedbi sa stopom obolijevanja prije rata, i izravno se dovodi u vezu s osiromašanjem stanovništva. BiH se, kao i druge zemlje u tranziciji, suočava sa problemom HIV infekcije, a procjenjuje se da trenutno ima oko 350 HIV pozitivnih osoba. Imajući u vidu porast narkomanije i prostitucije u zemlji, problem HIV infekcije poprima javni zdravstveni značaj. U proteklom periodu povećana je stopa morbiditeta od kardiovaskularnih oboljenja. Tako je 2000. godine zabilježeno 12.500, u usporedbi sa 11.069 slučajeva iz 1991. godine. Posebno velik problem u zdravstvenoj skrbi imaju starije osobe, koje su, pored slabog imovnog stanja, dodatno limitirane u pristupu zdravstvenoj zaštiti i zbog slabosti javnog prijevoza. Maligna oboljenja su također u porastu, pa je stopa morbiditeta u 2000. bila 275 na 100.000, u odnosu na 1991. godinu, kad je iznosila 175 na 100.000.

Prometne nesreće, tjelesni invaliditet i mentalna oboljenja također predstavljaju značajan problem za javno zdravstvo. Raspoloživi podaci ukazuju da je preko 47.000 ljudi onesposobljeno ratom. Broj povrijeđenih u saobraćajnim nezgodama 1991. godine iznosio je 243 na 100.000 stanovnika. Procjenjuje se da je u ovoj oblasti trend rasta značajan. Opasnost od tjelesnih povreda zbog mina, i drugih eksplozivnih materija kao posljedice rata, također se smatra problemom od javnog zdravstvenog značaja. Prema podacima MKCK, nakon rata u BiH je od minsko-eksplozivnih sredstava stradalo 4.798 osoba.

Stanovništvo u BiH suočava se sa značajnim problemima i pojavama koje završavaju zdravstvenim teškoćama (upotreba duhana, alkohola i droge), problemima antisocijalnog ponašanja i nasilja, depresije, suicida i drugog širokog spektra različitih tjelesnih i mentalnih poremećaja. Izloženost stanovništva BiH faktorima rizika kao što su: pušenje, povećan krvni pritisak, povećan šećer u krvi, povećan holesterol i druge masnoće u krvi, fizička neaktivnost, rizik od seksualno prenosivih bolesti (AIDS), itd., koji mogu znatno utjecati na zdravstveni potencijal pojedinaca i društva u cijelini, u značajnom je porastu. Nezdrava hrana i nekvalitetna voda pogoršavaju stanje zdravlja, pa pošto se ovo stanje bitno ne mijenja već godinama, produbljuje se kriza i negativni faktori zdravlja postaju dominantni nad pozitivnim.¹³

2.1.2. Pravni i institucionalni okvir

Problematika zdravstva regulirana je entitetskim i kantonalnim zakonima o zdravlju. Na nivou entiteta djeluju Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite. U FBiH djeluje još 10 kantonalnih ministarstava zdravstva. Na nivou FBiH uspostavljen je Fond solidarnosti u oblasti zdravlja. Pored ovoga u entitetima djeluju zdravstveni fondovi i zavodi za javno zdravstvo.

¹⁰ BiH: Poverty Assessment (Svjetska banka, mart 2003.)

¹¹ WHO Report 2000. (Overall health system attainment).

¹² DALY (Disability Adjusted Life Years, izgubljene godine zbog invaliditeta).

¹³ Istraživanje riziko-faktora nezaraznih bolesti: Federacija Bosne i Hercegovine. Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2002.

Prema Ustavu BiH organizacija i upravljanje sistemom zdravstvene zaštite su u BiH decentralizirani do razine entiteta i Distrikta Brčko. U FBiH zdravstveni sistem je predmet podijeljene nadležnosti između zdravstvenih vlasti u Federaciji i kantonima. Ustav FBiH opredijelio se za opciju da se zdravstvo organizira u kantonu, ali da se politike utvrđuju na nivou FBiH.

Za efikasno funkcioniranje decentraliziranog sistema potrebno je osigurati dostatan razvitak znanja i vještina za upravljanje zdravstvom na razini kantona i regija. Neophodno je sačiniti jasnu podjelu odgovornosti za zdravlje stanovništva između države, entiteta, Distrikta, kantona i općina. Proces decentralizacije zdravstva u RS je osobito naglašen u oblasti prenošenja odgovornosti za rad domova zdravlja na razinu općine.

Političko opredjeljenje u Bosni i Hercegovini je utemeljiti "nekompetitivan regionalno utemeljen sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja". Socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva neprofitni i javni sistem osiguranja, koji je uspostavljen zakonom i funkcionira pod okriljem parlamenta i vlade. Ovaj sistem se ne financira putem općeg oporezivanja, već putem doprinosa za zdravstveno osiguranje. Pod nekompetitivnim sistemom podrazumijevamo odsustvo konkurencije između različitih fondova socijalnog zdravstvenog osiguranja. Regionalno utemeljen znači da postoji više fondova, tj. u svakoj regiji po jedan. Građani nemaju mogućnost slobodnog izbora fonda zdravstvenog osiguranja, niti mogućnost napuštanja osiguranja koje je obavezno za sve građane. Sistemski zakoni o zdravstvu proklamiraju princip univerzalne pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem. Zakon o zdravstvenom osiguranju FBiH daje mogućnost udruživanja dvaju ili više kantonalnih fondova u jedan, ukoliko to bude uvjetovano potrebom šire solidarnosti, ili smanjenjem administrativnih troškova.

3. Problemi

- **Nejednakosti i nepravichnosti u zdravstvu.** Koncept reforme zdravstva u cjelini želi promovirati princip jednakosti, odnosno pravičnosti, u pravima na zdravlje i život građana u BiH kao dijela ljudskih prava. Principi jednakosti i pravičnosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti podrazumijevaju slijedeće tri komponente:
 - jednakost u zdravlju između različitih socijalnih grupa stanovništva,
 - jednakost u financiranju zdravstvene zaštite sukladno potrebama, kako u regijama zemlje, tako i unutar pojedinih socijalnih grupa,
 - jednakost u dostupnosti zdravstvenih ustanova i usluga u geografskom i komunikacijskom smislu.
- **Nedostatna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i kontrola prikupljanja doprinosa.** Propisi o zdravstvenom osiguranju proklamiraju «univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem» u cilju osiguranja jednake dostupnosti zdravstvene zaštite. Osiguranici i članovi njihovih obitelji, koji izvode pravo na zdravstvenu zaštitu po osnovu obaveznog osiguranja nosioca osiguranja, označavaju se zajedničkim imenom «osigurana lica». Unatoč širokim mogućnostima za ulazak u sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja procjenjuje se da oko 26 procenata stanovnika (17% u FBiH i 35% u RS)¹⁴ nije obuhvaćeno zdravstvenim osiguranjem. Pokrivenost populacije zdravstvenim osiguranjem značajno varira po kantonima i regijama, a te varijacije su još drastičnije po općinama. Podatak o broju «osiguranih lica» treba prihvatiti uvjetno, jer se doprinosi za zdravstveno osiguranje ne uplaćuju redovno za sve kategorije osiguranih lica. Ukoliko osoba nije u radnom odnosu, doprinos za njeno zdravstveno osiguranje dužan je platiti zavod za nezaposlene, fond penzionog osiguranja, i sl. Osobe koje samostalno obavljaju neke djelatnosti, kao što su zemljoradnici i zanatlije, dužni su se sami osigurati. Praksa uplate doprinosa je veoma različita u pojedinim regijama, te ne slijedi u potpunosti zakonska rješenja. Približne procjene govore da se u fondovima zdravstvenog osiguranja prikupi tek nešto iznad 65 odsto novca od ukupne svote koju bi bilo moguće prikupiti sukladno zakonskim propisima. Također postoje značajne nejednakosti u pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem između dijelova stanovništva unutar pojedinih kategorija osiguranika, kao što su npr. ratni vojni invalidi, ili osiguranici korisnici novčane pomoći, gdje zakonski propisi FBiH mogućnost posjedovanja zdravstvenog osiguranja

¹⁴ Social Insurance Technical Assistance Project (SITAP), Report No. 25672, World Bank, May 12, 2003, p. 11.

uvjetuju razinom invaliditeta ili karakterom socijalne pomoći (stalna ili privremena). Pošto se uglavnom radi o licima sa narušenim zdravljem, najčešće nisu u mogućnosti da se zaposle i po tom osnovu osiguraju zdravstvenu zaštitu.

- **Slabosti funkcionalne povezanosti entitetskih i kantonalnih sistema.** U cilju osiguranja slobodnog kretanja ljudi preko kantonalnih i entitetskih granica, kao i postizanja veće jednakosti i pravičnosti u pružanju zdravstvene zaštite na teritoriju BiH, potpisana su dva sporazuma:
 - Sporazum o načinu i postupku korišćenja zdravstvene zaštite van područja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja kome osiguranik pripada,
 - Sporazum o načinu i postupku korišćenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriju Bosne i Hercegovine van područja entiteta, odnosno Distrikta Brčko, kome osigurana lica pripadaju.

Međutim, u procesu provedbe pomenutih sporazuma postoje značajni problemi, što je potrebno otkloniti ulaganjem dodatnih napora zdravstvenih vlasti u pojedinim regijama zemlje.

- **Nejednakosti paketa zdravstvenih prava.** Raspoloživa sredstva za zdravstvo veoma su ograničena u odnosu na prijeratne vrijednosti, što nameće potrebu za racioniranjem i eksplicitnim određivanjem prioriteta, kao i razvoju mehanizama za jačanje principa solidarnosti i jednakosti u zdravstvu. Međutim, zdravstvene ustanove i liječnici u svakodnevnom radu često pribjegavaju metodi implicitnog racioniranja, što značajno narušava prava pacijenta u zdravstvenoj zaštiti. Jedan od najilustrativnijih primjera te vrste je i reduciranje pozitivne liste lijekova u pojedinim kantonima, sa značajnim smanjenjem izdvajanja novca zdravstvenog osiguranja za lijekove koji se propisuju na recept. Paket zdravstvenih prava je usvojen od strane Parlamenta RS, dok je u FBiH pripremljen nacrt teksta. Međutim, trenutno se prava u zdravstvenoj zaštiti u FBiH razlikuju u pojedinim kantonima (različiti iznosi participacije za pojedine usluge i različite pozitivne liste lijekova).
- **Neprimjerena alokativna efikasnost.** Ministarstva zdravstva u BiH u svojim dokumentima o zdravstvenoj politici smatraju proces alociranja resursa unutar zdravstvenog sektora kao ključno područje reforme, jer to determinira način na koji će se prikupljeni resursi distribuirati, kako ka geografskim regijama, tako i ka pojedinim razinama zdravstvene zaštite. Postoje dva ključna područja za efektivnije alociranje sredstava s ciljem osiguranja kontrole troškova na makrorazini, i poboljšanja institucionalne efikasnosti, a to su:
 - mehanizmi ugovaranja,
 - sistemi plaćanja zdravstvenih djelatnika.

Ugovaranje između fondova zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova se smatra instrumentom za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. Nažalost, najveći broj fondova zdravstvenog osiguranja nije uveo sistem ugovaranja usluga sa zdravstvenim ustanovama, utemeljen na demografskim i morbiditetnim indikatorima, već i dalje alocira novac sukladno broju i strukturi zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, što podrazumijeva plaćanje zdravstvenih djelatnika sistemom mjesečnih plaća.

- **Neefikasnost organizacije sistema i pružanja usluga.** Stari konvencionalni pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti, što ustvari predstavlja primarnu medicinsku zaštitu, okrenut je bolesti i terapiji, epizodičnoj zaštiti i pasivnom prijemu pacijenta, većem korišćenju specijalističko-konsultativnih i dijagnostičkih usluga, te bolničkom liječenju. Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) će biti efikasnija ukoliko bude u stanju smanjiti broj pacijenata koje nepotrebno šalje do sekundarne i tercijarne razine. Educirani timovi obiteljske medicine bit će u mogućnosti sami zbrinjavati najveći dio zahtjeva za zdravstvenom zaštitom (do 80%). Liječnik obiteljske medicine bi trebao preuzeti ulogu «vratar» za korišćenje više razine sistema zdravstvene zaštite, a detaljni mehanizmi motivacije za takvu ulogu se razrađuju kroz pilot projekte koji su u tijeku. Za razliku od starog koncepta pasivne zdravstvene zaštite, budući koncept bi trebao podrazumijevati aktivan pristup, tj. rad u zajednici sa fokusom na promociji zdravlja i prevenciji bolesti, kontinuiranoj i sveobuhvatnoj zaštiti, timskom radu i razvoju intersektorske suradnje.

- **Korupcija u zdravstvu.** Korupcija u sektoru zdravstva značajno smanjuje efikasnost sistema u cjelini, ali predstavlja i značajno opterećenje za siromašnije socijalne grupe kada su prinuđene plaćati za usluge «ispod stola» u javnom sektoru. Vodeće oblasti koje se mogu identificirati kao vrlo vjerojatne mogućnosti za korupciju su slijedeće:
 - korumpiranost osoba koje su odgovorne za nabavku roba u zdravstvenim ustanovama i za kapitalne investicije (uglavnom direktori zdravstvenih ustanova),
 - konflikt interesa kroz favoriziranje privatnih praksi za vrijeme rada u javnoj instituciji (npr. usmjeravanje pacijenata ka privatnim praksama putem kreiranja dugih listi čekanja),
 - korumpiranost nekih zdravstvenih djelatnika u smislu plaćanja «ispod stola» za usluge koje se pružaju u javnim ustanovama.

4. Prioriteti

4.1. Aktivnosti u oblasti financiranja i plaćanja u zdravstvu

Prioritetne aktivnosti koje se prvenstveno tiču oblasti zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ekonomike, a mogu dati pozitivne efekte u korelacijama siromaštva i zdravlja stanovništva su slijedeće:

4.1.1. Osigurati univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem:

- usvojiti izmjene i dopune zakona o zdravstvenoj zaštiti u oba entiteta,
- usvojiti izmjene i dopune zakona o zdravstvenom osiguranju u oba entiteta,
- obavezati entitetske vlade da osiguraju sredstva za zdravstvenu zaštitu kategorija stanovništva neobuhvaćenih zdravstvenim osiguranjem,
- osigurati mehanizme za uspješnije prikupljanje doprinosa za zdravstvenu zaštitu.

Politika BiH u oblasti zdravstvenog osiguranja trebalo bi da bude usmjerena ka implementaciji slijedećih prioritetnih ciljeva: osiguranju univerzalne pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem i osiguranju jednake dostupnosti zdravstvenih usluga za sve građane. U nizu dokumenata su predložene strategije koje će pomoći entitetskim i kantonalnim zdravstvenim vlastima da osiguraju univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem. Također su razvijene i strategije za kontrolu uplate doprinosa od strane obveznika uplate.

4.1.2. Usvojiti primjeren paket zdravstvenih prava i proširiti sistem solidarnosti

- izraditi i u entitetskim parlamentima usvojiti osnovni paket zdravstvenih prava,
- implementirati usvojene pakete zdravstvenih prava.

Paket zdravstvenih prava, financiran iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, predstavlja obim prava za zadovoljenje osnovnih zdravstvenih potreba građana, koja se pod jednakim uvjetima garantiraju svim osiguranim licima u okviru svakog od entiteta, kao i Distrikta Brčko, na principima jednakosti, pravičnosti i solidarnosti, bez obzira na to gdje žive i koliki doprinos mogu uplatiti za zdravstveno osiguranje. Načelo jednakosti, pravičnosti i solidarnosti su osnovne vrijednosti na kojima se temelji naš sistem zdravstvene zaštite.

Konfrontirane sa oskudicom sredstava u zdravstvu, vlade su se odlučile za porast stope doprinosa za zdravstvo iz osobnog dohotka uposlenih u odnosu na prijeratne vrijednosti, te za uvođenje participacije pacijenata u troškovima zdravstvene zaštite, i za dizajn paketa zdravstvenih prava. Cilj uvođenja participacije pacijenata je prikupljanje dodatnih sredstava koja su potrebna za normalno funkcioniranje zdravstva, ali i utjecanje na smanjenje broja neopravdanih zahtjeva za zdravstvenom zaštitom. Široko utemeljeni izuzeci za plaćanje participacije će ublažiti nepravdičnosti za ljude s niskim dohotkom, i nepravdičnosti u korišćenju zdravstvenih usluga za stare, djecu i kronične bolesnike.

Prikaz raspoloživih sredstava u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja u FBiH ukazuje na značajne nejednakosti između prosječnih vrijednosti prikupljenih doprinosa za zdravstvo u pojedinim

kantonima, tako da razlike iznose čak 3:1. Takve nepravilnosti su nedopustive u zdravstvenoj zaštiti financiranoj kroz obavezno zdravstveno osiguranje koje proklamira principe jednakosti i solidarnosti. Kroz političku debatu bit će potrebno ponuditi zadovoljavajuća rješenja za financiranje predloženog paketa zdravstvenih prava u najsiriromašnijim kantonima. Bilo koja od predloženih varijanti izvora sredstava će nužno, kroz mehanizme federalne solidarnosti, osigurati proces "ujednačavanja rizika" i subsidijarnosti u financiranju paketa zdravstvenih prava na cijelom teritoriju FBiH.

Pokretanje aktivnosti na implementaciji paketa zdravstvenih prava može značajno ubrzati rješavanje brojnih drugih pitanja, kao što su: jačanje sheme federalne solidarnosti u FBiH, kontrola prikupljanja doprinosa u oba entiteta, pravičnija alokativna formula ka pojedinim razinama zdravstvene zaštite i službama unutar ustanova, efikasnije planiranje kadra sukladno novim standardima i normativima, utjecaj na neopravdane zahtjeve za zdravstvenom zaštitom, stvaranje pretpostavki za utemeljenje dopunskog (privatnog) zdravstvenog osiguranja i drugo.

4.1.3. Osigurati nesmetanu implementaciju sporazuma o načinu i postupku korišćenja zdravstvene zaštite van područja zavoda zdravstvenog osiguranja kome osiguranik pripada

- pojačati kontrolu implementacije sporazuma,
- razviti mehanizme za implementaciju sporazuma.

Potrebno je da Fondovi zdravstvenog osiguranja u oba entiteta ulože maksimalne napore za potpunu implementaciju pomenutih sporazuma, koji su potpisani još 2001. godine.

4.1.4. Implementirati nove mehanizme za alokaciju resursa

- usvojiti nedostajuće podzakonske akte,
- implementirati mehanizme ugovaranja između fondova zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, kao i nove stimulativnije mehanizme plaćanja zdravstvenih djelatnika,
- osigurati pravičnu raspodjelu sredstava unutar pojedinih segmenata zdravstvene zaštite, sistematski pratiti potrošnju u zdravstvenom sektoru kroz transparentne "obračune u zdravstvu" (National Health Accounts").

4.1.5. Racionalizirati mrežu zdravstvenih ustanova

- usvojiti podzakonske akte o "mreži zdravstvenih ustanova",
- ugovarati zdravstvene usluge samo sa ustanovama koje su dio "mreže zdravstvenih ustanova", te na taj način racionalizirati potrošnju novca iz fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- provesti analizu zaposlenih u zdravstvu i razraditi programe zbrinjavanja viška.

Osim definiranja osnovnog paketa zdravstvenih prava, prijedlozi za reformu u oblasti eksplicitnog racioniranja tiču se i dizajna «mreže zdravstvenih ustanova». Kreatori zdravstvene politike u zemlji podržat će koncept zdravstvene zaštite orijentiran ka pacijentu, koji će prvo iscrpiti mogućnosti racioniranja mreže zdravstvenih ustanova, za razliku od koncepata orijentiranih ka liječnicima i farmaceutskoj industriji sa tendencijom ka eksplicitnom racioniranju prava na zdravstvenu zaštitu. Mreža bolničkih ustanova je zvanično usvojena u RS i Distriktu Brčko, a u FBiH je sačinjen nacrt teksta. Pitanje racioniranja kapaciteta zdravstvenih ustanova će uskoro također biti i predmet projekta SITAP, financiranog kreditom Svjetske banke.

4.1.6. Smanjiti mogućnosti za korupciju u zdravstvu

- usvojiti Strategiju borbe protiv korupcije u zdravstvu, donijeti prateće podzakonske akte,
- uspostaviti transparentan sistem nabavke roba,
- uspostaviti sisteme planiranja i kontrole u realizaciji kapitalnih investicija,
- razviti i usvojiti odgovarajuća rješenja za sistem dopunske liječničke prakse.

4.2. Provesti reformu primarne zdravstvene zaštite kroz koncept obiteljske medicine

Rezultati znanstvenih istraživanja, kako u inozemstvu tako i kod nas, već su pokazali da primjena koncepta obiteljske liječničke prakse smanjuje ukupne troškove sistema zdravstvene zaštite, uglavnom putem smanjenja korišćenja bolničkih kapaciteta, smanjenja broja specijalističkih konzultacija, te racionalnog propisivanja lijekova. Također, koncept obiteljske liječničke prakse ima pozitivan utjecaj na zdravlje stanovništva putem promocije zdravog stila življenja, prevencije obolijevanja, participacije zajednice i obitelji, te promocije intersektorske suradnje. Kroz odgovarajući sistem plaćanja zdravstvenih usluga, članovi tima obiteljske medicine treba da budu stimulirani za ovaj način rada, što je bitan preduvjet predloženog koncepta.

U vezi sa ovim potrebno je:

- usvojiti podzakonske akte u vezi ugovaranja i plaćanja usluga obiteljske medicine, djelokruga rada tima obiteljske medicine, itd,
- izvršiti nabavku medicinske opreme,
- vršiti edukaciju članova tima za rad u obiteljskoj medicini,
- izvršiti transformaciju domova zdravlja sukladno reformskim opredjeljenjima,
- implementirati nove mehanizme plaćanja putem ponderisane kapitacije u cilju stimulativnih mjera za rad članova tima obiteljske medicine.

Osnovno opredjeljenje buduće zdravstvene politike i reformskih promjena u BiH predstavlja novi koncept primarne zdravstvene zaštite, koji se temelji na obiteljskoj liječničkoj praksi. Zadaci tima obiteljske medicine su definirani u okviru preventivnih, promotivnih, dijagnostičko-terapeutskih i rehabilitacionih aktivnosti zdravstvene zaštite iz pojedinih medicinskih disciplina, koje su primjenjive u obitelji. Unapređenje PZZ putem tima obiteljske medicine podrazumijeva procentualno veći udio tog segmenta u alokaciji resursa u zdravstvu. Međutim, potrebno je voditi računa o financijskoj održivosti proklamiranog pomaka većeg procenta sredstava ka PZZ, koji u svakom slučaju treba biti postepen i utemeljen na egzaktnim analizama. Također je nužno pokušati uključiti resurse iz lokalne zajednice, koji bi mogli značajno ojačati položaj PZZ (npr. budžeti općina i kantonalnih vlada).

4.3. Provesti reformu farmaceutskog sektora

- uspostaviti regulatorno tijelo za lijekove na nivou BiH.

Zadatak entitetskih agencija za kontrolu lijekova je, između ostalog, i registracija novih lijekova na tržištu BiH, kontinuirana kontrola kvaliteta lijekova, razvoj politike o lijekovima, kontrola troškova za lijekove, razvoj dobre propisivačke prakse, itd. Racionalno bi bilo od dvije entitetske agencije formirati jednu na razini BiH, s podjelom nadležnosti.

4.4. Jačati ulogu javnog zdravstva i multisektorske suradnje

- usvojiti zakon o zaštiti građanstva od zaraznih bolesti,
- usvojiti zakon o sanitarnoj inspekciji,
- usvojiti zakon o zdravstvenom nadzoru nad životnim namirnicama i predmetima opće upotrebe,
- usvojiti zakon o prometu otrova,
- izraditi strategiju tzv. "novog javnog zdravstva", po kojoj cjelokupno društvo preuzima brigu za zdravlje pojedinca i zajednice, i različitim intersektorskim aktivnostima doprinosi promjeni individualnog ponašanja i unapređenja zdravlja,
- osigurati održivo financiranje nabavke vakcina i realizaciju ciljeva strategije WHO "Zdravlje u 21. stoljeću",
- pratiti indikatore izvedbe sistema,
- pristupiti izradi projektnog zadatka za razvoj integralnog zdravstvenog informacionog sistema na nivou entiteta, i razvoj IT protokola za komunikaciju informacionih sistema na razini BiH,
- osigurati odgovarajuće uvjete za praćenje ekoloških ekspozicija i njihov utjecaj na zdravlje u suradnji sa drugim sektorima,
- sudjelovati u aktivnostima koje se tiču implementacije NEHAP-a,

- uspostaviti tijelo koje bi koordiniralo aktivnosti javnog zdravstva na cjelokupnom prostoru BiH,
- implementirati strategiju u borbi protiv AIDS-a.

Pred nama je izgradnja strategije tzv. «novog javnog zdravstva», koje je izvaninstitucionalno, usmjereno na promociju zdravlja i preventivu. Država treba preuzeti obavezu i ulogu očuvanja zdravlja za cjelokupno društvo, zajednicu i obitelj. Različitim međusektorskim aktivnostima unutar društva, među kojima su zdravstvene aktivnosti samo jedna od njih, i promjenom individualnog ponašanja, težit će se unapređenju zdravlja. Nažalost, mi još podrazumijevamo i provodimo «javno zdravstvo» uglavnom kroz institucije (zavode).

Reforma javnog zdravstva u BiH podrazumijeva pokušaj uključivanja zajednice i društveno-gospodarskog okruženja u bitku za zdravlje. Promocija zdravlja je zadatak od prvorazrednog interesa, koji uključuje kreiranje efikasnih javnih politika u raznim sektorima, kreiranje održivog okoliša, jačanje aktivnosti zajednice, razvoj osobnih vještina i preorijentaciju zdravstvenih usluga¹⁵. Javno zdravstvo je segment koji se bavi zdravljem kroz promotivno-preventivne aktivnosti na jačanju zdravlja, prevenciju oboljenja kroz međusektorsko djelovanje u sustavu zdravstva i kroz preorijentaciju tradicionalnih usluga javnog zdravstva. Potrebno je formulirati na pokazateljima zasnovanu («evidence based») strategiju javnog zdravstva, te osigurati razvoj prioriternih programa kao što su: unapređenje zdravlja, kontrola zaraznih bolesti, kontrola nezaraznih bolesti, ishrana, zaštita majke i djeteta i planiranje porodice, zdravlje okoliša itd, kroz sve razine društva

Zdravstveni monitoring će se, kao bitan segmenat javnog zdravstva, maksimalno razvijati u narednom periodu u BiH, a to podrazumijeva: mjerenje zdravstvenog stanja, potreba i korišćenja zdravstvenih usluga putem različitih metoda i populacijskih istraživanja, precizno definiranje determinanti koje utječu na zdravlje pojedinaca i društva u cijelini, planiranje, implementaciju, kontrolu i evaluaciju preventivno-promotivnih programa u zajednici, preciznu identifikaciju prioriternih oblasti kojima će se baviti javno zdravstvo, i obezbjeđivanje kvalitetnih informacija resornim ministarstvima, koja bi, na osnovu takvih inputa, kreirala adekvatne mjere politike i strategije razvoja zdravstvenog sistema u BiH.

Da bi ovo bilo ostvareno, sistem javnog zdravstva u BiH u bliskoj perspektivi treba raditi na razvoju veoma preciznih zdravstvenih indikatora, koji bi bili relevantni ne samo za BiH, nego i za šire okruženje, odnosno, kao takvi bi bili prihvatljivi i za Evropsku uniju. Ovaj razvoj bi bio temeljen na kritičkom pregledu postojećih zdravstvenih podataka i informacija, koje se koriste u zdravstvenom sektoru. Dalje, precizno definirati koji su to neophodni podaci koje javno zdravstvo u BiH treba prikupljati, i potom razviti odgovarajuće metode za realizaciju toga projekta, i na kraju, razviti adekvatne vještine za analizu i interpretaciju prikupljenih podataka, odnosno za pretvaranje ovakvih podataka u kvalitetne informacije, koje bi u vidu izvještaja bile diseminirane svim potencijalnim korisnicima u zdravstvenom sistemu.

4.5. Stimulirati dalji razvoj ljudskih resursa

- usvojiti pravilnik o specijalizacijama (za FBiH),
- izraditi i provoditi strategiju razvoja ljudskih resursa baziranu na potrebama.

Stalni napredak medicine, i intenzivna upotreba opreme visoke tehnologije, traži kontinuiranu izobrazbu i usavršavanja medicinskih radnika. Trenutna struktura obrazovnog sustava ne osigurava uvjete za to. Upravljanje zdravstvenim sistemom na mikro i makro razini zahtijeva i poznavanje vještina općeg upravljanja i rukovođenja. Sve su ovo razlozi za nov način sistemskog planiranja, izobrazbe i rukovođenja kadrovima u zdravstvenom sektoru. Neophodno je fokusirati reformu u ovom segmentu na uspostavljanje čvrste veze između medicinskih fakulteta i škola s jedne, i potreba za određenim zdravstvenim osobljem, s druge strane. U ovom smislu veoma je važno podržati rad novoosnovanih centara za zdravstveni menadžment u Sarajevu i Laktašima, koji će organizirati postdiplomske usavršavanje iz različitih oblasti zdravstvenog menadžmenta, kako za postojeće menadžere zdravstvenih ustanova, tako i za one koji će ubuduće žele opredijeliti za ovaj posao.

¹⁵ Ottawa Charter For Health Promotion, 1986.

4.6. Osigurati kvalitet zdravstvenih usluga

- usvojiti entitetske zakone o kontroli kvaliteta zdravstvenih usluga i akreditaciji,
- uspostaviti entitetske agencije za akreditaciju i kvalitet zdravstvenih usluga,
- osnovati jedinice za praćenje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama.

Medicinska skrb je oblik zdravstvene skrbi, za koju su neposredno odgovorni liječnici, bilo zato što je sami primjenjuju, bilo zato što nekoga upućuju da je primijeni. Ona može korisnicima pružiti veću dobrobit, ali često uz povećan trošak¹⁶. Na institucionalnoj razini (bolnice) treba uspostaviti jedinice za kontrolu zdravstvene skrbi, te razviti kliničke smjernice i prema njima postupati. Na entitetskoj razini uspostava agencije za akreditaciju i kvalitetu je također prioritetna, i u tom smislu dalja potpora za razvoj novoosnovanih agencija za akreditaciju i osiguranje kvaliteta u Sarajevu i Banjoj Luci je izuzetno značajna. Dobra kvaliteta zdravstvenih usluga je važna po sebi, ali je značajna i stoga što utječe na smanjenje troškova u zdravstvu.

5. Financiranje reforme u zdravstvu

Radi povećanja efikasnosti sistema u cjelini u BiH će se u narednom periodu raditi na razvijanju koncepta obiteljske medicine, koji će se najprije testirati lokalno kroz pilot projekte. Ova oblast reforme sektora zahtijeva određen vremenski period implementacije radi potrebe ulaganja u medicinsku opremu, građevinske radove ograničenog karaktera i edukaciju kadra u iznosu od 32 miliona USD. Ove aktivnosti će biti usmjerene ka prioritetnim regijama u zemlji, sukladno usvojenim kriterijima utjecaja na smanjenje nepravdičnosti u zdravstvu i povećanje efikasnosti sistema.

6. Indikatori za praćenje provedbe reformi u zdravstvenom sektoru

Sukladno procjenama WHO, zdravstveni sektor aproksimativno doprinosi zdravlju stanovništva samo oko 10 odsto, a ostatak je rezultat rada drugih faktora, kao što su obrazovanje, uvjeti stanovanja, snabdijevanje vodom i sanitacija, poljoprivreda, transport, itd. Iako je jedan od vodećih ciljeva mnogih reformi zdravstva u svijetu poboljšati zdravlje stanovništva, potrebno je imati na umu nužnost postojanja relativno dužeg razdoblja za poboljšanje tih indikatora (čak do 10 godina). Stoga se brojni indikatori zdravstvenog stanja stanovništva ne mogu koristiti kao indikatori za praćenje provedbe reformi u zdravstvenom sektoru, a pogotovo ne u kratkoročnom periodu. Dakle, u tranzicijskom periodu reforme indikatori u vezi s procesom implementacije reforme zdravstva, kao i indikatori izvedbe sistema («performance indicators») su mnogo validniji pokazatelji učinkovitosti promjena od indikatora zdravstvenog stanja stanovništva.

Na tabeli koja slijedi uglavnom su prikazani indikatori zdravstvenog stanja stanovništva, sa osobitim naglaskom na ciljne vrijednosti u dugoročnom periodu (2015.godina).¹⁷ Međutim, u kratkoročnom periodu implementacije reformi prioritetni pokazatelji će biti «check lista» provedenih aktivnosti iz akcionog plana PRSP-a. Institucije koje prate zdravstvene indikatore sa tabele koja slijedi su entitetski zavodi za javno zdravstvo, fondovi zdravstvenog osiguranja i entitetski zavodi za statistiku. Pojedini indikatori se prate redovito, a neki su predmet povremenih studijskih istraživanja na terenu, koja se provode svakih 2-5 godina.

¹⁶ Eldar R., Vrsnoća medicinske skrbi, Zagreb 2003.

¹⁷ Izvještaj o humanom razvoju – milenijumski razvojni ciljevi – BiH 2003. UNDP Bosne i Hercegovine, juni 2003.

Tabela 1: Pregled odabranih indikatora zdravstvenog stanja stanovništva i funkcija sistema zdravstvene zaštite

Indikator	Izvor	Procjene za BiH (2000./2001.)	Projekcije za 2007.
Smrtnost djece do 5 godina/1000	UN Statistics Division, UNICEF, WHO	18 (19m/15ž)	9,3
	ZZJZ FBiH ¹⁸ , Institut ZZ RS ¹⁹ , ZSFBiH ²⁰	13 (2000) 10,3 (2001)	
	BH Common Country Study Development Indicators, Final Draft, 2002	11,2 (2000) (9,61ž/12,69m)	
Smrtnost dojenčadi do 1 godine/1000	UN Statistics Division, WDI 2002	13-15	7,0
	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS, ZSFBiH	11,2 (2000) 8,5 (2001)	
	ASBiH, Bilten 2/2003.	9,7 (2000) 7,6 (2001) 8,51 ž/10,78 m	
Procenat djece do 1 godine vakcinirane protiv boginja	UN Statistics Division, UNICEF, ZZJZ FbiH, Institut ZZ RS	83% 80,74-95,06%	98%
Procenat novorođenčadi sa 2.500 grama težine ili manje	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS, ZSFBiH	4%	3%
Procenat djece do 6 mjeseci koja doje	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS, ZSFBiH	2,1%	5%
Smrtnost majki pri porođaju (na 100.000 živorođenih)	UN Statistics Division, BiH Common Country Study Development Indicators, Final Draft, 2002.	5,05 (procjena) 15 (1995)	4 ²¹
Procenat rođenih uz stručnu pomoć	UN Statistics Division	100%	100%
	ZZJZ FBiH, Insitut ZZ RS, ZSFBiH	99%	
	BiH Common Country Study Development Indicators, Final Draft, 2002.	99,6%	
Stopa fertiliteta (ukupan broj živorođenih na jednu ženu)	ASBiH ²² , Bilten 3/2003.	1,3 (2000) 1,4 (2001)	1,5
Stopa nataliteta u promilima	ASBiH, Bilten 3/2003.	10,5 (2000) 9,9 (2001)	11,5
Stopa mortaliteta u promilima	ASBiH, Bilten 3/2003.	7,8	7,1
Stopa prirodnog priraštaja u promilima	ASBiH, Bilten 3/2003.	2,4 (2000) 1,9 (2001)	3,7
Očekivani životni vijek	BiH NHDR, 2002. WDI 2002	73,3 (1995-2000) 73 (76ž/71m)	73,5
HIV inficiranost trudnih žena između 15-24 godine	WHO, ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	n/a	23
Procenat upotrebe kontracepcije	WHO, BiH Common Country Study Development Indicators, Final Draft, 2002.	49% (2001) 47,5% (2000)	55%
Broj djece sa HIV/AIDS	ZZJZ FBiH, Insitut ZZ RS, ZSFBiH	n/a	24
Broj odraslih oboljelih od AIDS, broj novih slučajeva AIDS	WDI 2002. HDR 2001.	51 3	
Slučajevi i smrtnost od tuberkuloze/100.000	WHO	50 slučajeva 4 smrtnosti	40 3
Proporcija TBC slučajeva otkrivenih i liječenih pod DOTS-om/100.000	WHO	90	n/a

¹⁸ Zavod za zaštitu javnog zdravlja FBiH,

¹⁹ Fond za zdravstvenu zaštitu RS

²⁰ Zavod za statistiku FBiH

²¹ Potrebno je razviti statistiku o smrtnosti

²² Agencija za statistiku BiH

²³ Podatke treba utvrditi

²⁴ Podatke treba utvrditi

Registrirani narkomani	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	n/a	²⁵
Slučajevi virusnog hepatitisa	WHO, ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	n/a	²⁶
Procenat izdvajanja iz BDP za zdravstvo	HDR/MDG Report	5,5% (2000) 4,8% (2001)	7%
	BiH od zavisnosti od pomoći do fiskalne samoodrživosti ECSPE, 2002	7,3% (2000)	
Procenat zdravstveno osiguranih stanovnika	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	78% (2001)	85%
Broj ljekara na 1.000 stanovnika	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	1,3 (2000) 1,5 (2001)	1,5
Broj bolničkih kreveta na 1.000 stanovnika	ZZJZ FBiH, Institut ZZ RS	3,7 (2000) 3,2 (2001)	3,2

²⁵ Podatke treba utvrditi

²⁶ Podatke treba utvrditi