

6. SOCIJALNO OSIGURANJE I ZAŠTITA

A. UVOD

6.1. Sistem socijalne zaštite u BH uključuje planove socijalnog osiguranja finansirane putem doprinosa za socijalno osiguranje koji se naplaćuju na plate i programa koji se finansiraju iz opštih prihoda. Sistemi socijalnog osiguranja su uspostavljeni na nivou entiteta, dok programi koji se finansiraju iz opštih prihoda postoje i na entitetskom i na pod-entitetskim nivoima vlasti. Za oba entiteta, sistem socijalnog osiguranja obezbjeđuje penzije (starosne, invalidske i porodične), naknade za nezaposlene i zdravstveno osiguranje. U RS, sistem takođe obezbjeđuje dječije dodatke i porodijska davanja. Iako je sistem dječijih davanja u RS ocijenjen kao jedan od najbolje vođenih programa davanja u BH, argumentacija za njegovo finansiranje iz doprinosa koji se naplaćuju na plate je upitna. Programi koji se finansiraju iz opštih prihoda obezbjeđuju davanja za borce i porodice palih boraca, socijalnu pomoć i, u FBH, dječija i porodijska davanja.

6.2. Entitetski sistemi socijalnog osiguranja, uključujući zdravstvo, te programe koji se finansiraju iz opštih vladinih prihoda, suočavaju se sa znatnim izazovima. Planovi socijalnog osiguranja pate od visokog stepena nepoštivanja obaveza plaćanja doprinosa, što odražava sveprisutnu evaziju i slabu naplatu, kao i opadajuću stopu zaposlenosti u formalnom sektoru. Kako prihodi nisu dovoljni za zakonom propisana prava, planovi socijalnog osiguranja redovno koriste transfere iz opštih prihoda. Štaviše, stope doprinosa za socijalno osiguranje imaju tendenciju da premašuju stope u većini NMS zemalja i zemalja OECD-a, što naglašava znatan stepen neformalizacije privrede. Štaviše, stope i osnovice doprinosa se značajno razlikuju između entiteta, što je karakteristika koja otežava mobilnost radne snage.¹ Kako se predlaže i demonstrira u ovom poglavlju, smanjenje stopa doprinosa za socijalno osiguranje i harmonizacija poreske osnovice između entiteta trebalo bi da predstavlja prioritet za vlade.

6.3. Socijalni transferi koji nisu zasnovani na osiguranju u BH su visoki po međunarodnim standardima i njima i dalje domonira potrošnja na boračka davanja. Samo mali dio transfera koji se finansiraju iz opštih prihoda usmjeren je na lica sa prihodima ispod određenog minimuma, sa eksplicitnim ciljem smanjenja siromaštva. Uz to, u FBH socijalna pomoć i dječija zaštita i dalje su *ad hoc*, pri čemu su isplate u većini kantona i dalje ispod zakonski propisanih prava, a čak i ona su suviše niska da bi pomogla najsiromašnijim članovima društva. Imajući u vidu ukupne fiskalne pritiske i pitanja vezana za pravičnost, BH bi trebalo da za cilj ima smanjenje udjela resursa koji su alocirani na socijalne transfere, uz istovremeno restruktuiranje sistema s ciljem osiguranja da on obezbjeđuje djelotvornu mrežu socijalne sigurnosti.

¹ U RS, oporeziva osnovica uključuje naknade koje nisu dio osnovne plate i sve doprinose za socijalno osiguranje plaćaju poslodavci. Ukupno, doprinosi predstavljaju do 42 posto neto plata, od čega je 24 posto za penzije, 15 posto za zdravstvo, 1 posto za nezaposlenost i 2 posto za porodijske i dječija davanja. U FBH, oporeziva osnovica isključuje naknade koje nisu dio osnovne plate, a doprinosi se dijele između poslodavaca (11, posto bruto plata) i zaposlenih (32 posto bruto plata). Ukupna stopa doprinosa u FBH iznosi 43,5 posto bruto plata, od čega je 24 posto za penzije, 17 posto za zdravstvo i 2,5 posto za osiguranje u slučaju nezaposlenosti.

6.4. Preostali dio poglavlja organizovan je na sljedeći način. Sekcija B predstavlja temeljne podatke o ukupnom nivou socijalne potrošnje. Sekcija C razmatra nivo stopa doprinosa za socijalno osiguranje i daje preporuke za smanjivanje stopa i harmonizaciju osnovica doprinosa. Sekcija D razmatra planove socijalnog osiguranja, dok se sekcija E usmjerava na programe koji se finansiraju iz opštih prihoda.

B. UKUPNA POTROŠNJA NA SOCIJALNO OSIGURANJE I ZAŠTITU

6.5. Ukupna potrošnja BH na socijalnu zaštitu je donekle viša u odnosu na BDP od one u zemljama u tranziciji sa bržom stopom rasta, ali je u širokim crtama bliska prosjeku za NMS.

Struktura potrošnje je, međutim, znatno različita u odnosu na onu u većini evropskih zemalja, uključujući NMS (Tabela 6.1). Rashodi za socijalno osiguranje su niži nego među NMS, najvećim dijelom zbog nižih rashoda za penzije, i bez obzira na mnogo višu potrošnju za zdravstvo. Potrošnja za socijalnu pomoć i dječiju zaštitu je, u isto vrijeme, viša nego u NMS, zahvaljujući većim kategorijskim davanjima, većinom za one koji su pretrpjeli uticaj rata. Uz odgovarajuće razumijevanje izuzetnih okolnosti sa kojima se BH suočavala kao rezultat rata koji je vođen od 1992. do 1995. godine, odlivi na borbe i porodice palih boraca istiskuju odlive na usmjerene programe za siromašne. Kao rezultat toga, transferi koji se plaćaju licima sa primanjima ispod određenog minimuma predstavljaju manji dio potrošnje za socijalnu zaštitu nego u svim ostalim zemljama srednje i istočne Evrope. Iako i penzijska i boračka prava imaju uticaj na smanjivanje siromaštva, ona nisu dobro usmjerena na najugroženije grupe. To je razumljivo za penzijska davanja, kojima je cilj i ujednačavanje dohotka kroz vrijeme, jednako kao i sprječavanje siromaštva u starijoj dobi. Međutim, korištenje kategorijskih grantova je loš mehanizam za djelotvorno dosezanje do najugroženijih. Jedan od pet ljudi u BH koristi neki socijalni transfer, ali socijalni transferi dopiru do samo jedne četvrtine siromašnih, i imaju manji uticaj na smanjenje siromaštva nego u Hrvatskoj ili Bugarskoj.

Tabela 6.1. BH i NMS: Potrošnja na socijalnu zaštitu, 2004. godina 1/
(kao procenat BDP-a osim ako je eksplicitno navedeno drugačije)

	RS	FBH	BH	NMS
Ukupno	14.9	17.7	16.5	17.6
Socijalno osiguranje	11.6	13.7	12.7	15.2
Penzije	7.4	6.5	6.8	9.9
Zaštita nezaposlenih lica	0.2	0.7	0.6	0.6
Zdravstvo	3.9	6.6	5.4	4.7
Opšti prihodni programi	3.3	4.0	3.7	2.4
Pomoć porodicama, djeci i socijalna pc	0.6	1.0	0.9	1.6
Davanja za izbjeglice i raseljena lica	0.5	0.3	0.4	0.0
Boračka davanja	2.1	2.7	2.5	0.0
Ostalo	0.0	0.0	0.0	0.8
Potrošnja na socijalnu zaštitu (kao procenat ukupne potrošnje)	44.1	52.3	46.5	45.3

Izvori: Ministarstva finansija i procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Podaci za BH iz 204. godine, iznosi za NMS za 2003. BDP za BH je prilagođen za udio nepraćene privrede.

6.6. Tipovi davanja i aranžmani za finansiranje u sklopu sistema socijalne zaštite su u dva entiteta slični, ali su nedostaci sredstava u nekim programima socijalnog osiguranja zahtijevali dodatne vladine transfere, kako bi se davanja zadržala manje-više u skladu sa zakonskim pravima i kako bi se spriječilo nagomilavanje neizmirenih obaveza (Tabela 6.2). Štaviše, stvarna dostupnost sredstava za finansiranje u znatnoj se mjeri razlikuje unutar svakog od entiteta. FBH je nedavno iskusila nekontrolisano umnožavanje davanja sa znatnim fiskalnim implikacijama i to je izazvalo bojazni vezane za to kako se to mnoštvo davanja može administrirati na najdjelotvorniji način.

C. STOPE DOPRINOSA ZA SOCIJALNO OSIGURANJE

6.7. Stope doprinosa za socijalno osiguranje su više nego u većini zemalja OECD-a i znatno više nego u privredama u tranziciji sa bržom stopom rasta, što doprinosi visokom stepenu deformalizacije privrede (prelaska privrednih aktivnosti u neformalni sektor). Poglavlje 2 detaljnije razmatra nivo doprinosa. Štaviše, stope doprinosa i osnovice doprinosa se znatno razlikuju u dva entiteta, što je karakteristika koja otežava mobilnost radne snage.

6.8. S ciljem smanjivanja tereta koji vlada predstavlja za privredu, kao i omogućavanja formalizacije ekonomskih aktivnosti, smanjenje stopa doprinosa za socijalno osiguranje i harmonizacija i proširivanje osnovica za naplatu doprinosa mora da postane prioritet za vlade. Prvi koraci bi mogli da se poduzmu brzo, a preporuke se daju na kraju ove sekcije.

Tabela 6.2. BH: Sažeti prikaz davanja iz oblasti socijalne zaštite i izvora finansiranja

Davanja	Primarni izvor finansiranja	
	RS	FBH
Starosne, invalidske i porodične penzije	Socijalno osiguranje	Socijalno osiguranje
Davanja za nezaposlene 1/	Socijalno osiguranje	Socijalno osiguranje
Zdravstvo	Socijalno osiguranje	Socijalno osiguranje
Socijalna pomoć 2/	Opštinski budžeti 3/	Kantonalni budžeti 3/
Porodiljska davanja	Socijalno osiguranje	Kantonalni budžeti 3/
Davanja dječije zaštite i grantovi za novorođenu djecu	Socijalno osiguranje	Kantonalni budžeti 3/
Davanja za izbjeglice i raseljena lica	Entitetski budžeti	Entitetski budžeti
Davanja za civilne žrtve rata 4/	Entitetski budžet	Kantonalni budžeti 3/
Boračke invalidnine i davanja za porodice palih boraca	Entitetski budžeti	Entitetski budžeti
Davanja za nosioce medalja	Nema	Entitetski budžet
Invalidska davanja za lica sa onesposobljenjem nevezanim za rat	Nema	Entitetski budžet

Izvori: Vlasti BH i procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Uključuje aktivne politike na tržištu rada.

2/ Uključuje socijalnu pomoć, davanja za njegu druge osobe i socijalne službe.

3/ U slučajevima u kojim kantonalni ili opštinski budžeti imaju primarnu finansijsku odgovornost, davanja se često ne realizuju zbog nedostatka sredstava.

6.9. U kratkoročnom periodu postoji prostor za smanjenje stopa doprinosa, pošto je vjerovatno da će prihodi od PDV-a biti znatno viši od projiciranih. Štaviše, novi zakoni o porezu na dobit preduzeća i porezu na dohodak građana vjerovatno će biti implementirani od početka 2007. godine i vjerovatno je da će imati pozitivan uticaj na prihode (vidjeti poglavlje 2). Pošto je cilj poreskih reformi uspostavljanje modernog poreskog sistema, a ne povećanje poreskog opterećenja, trebalo bi izvršiti kompenzirajuće smanjenje stopa doprinosa.

6.10. Odlučni naponi s ciljem unapređenja naplate doprinosa za socijalno osiguranje i smanjenje izuzeća od plaćanja obezbijedili bi dodatni prostor za smanjenje stopa doprinosa u srednjoročnom periodu, kao i temeljne reforme sistema finansiranja penzija i zdravstva. Kao što pokazuje analiza u nastavku teksta, evazija (izbjegavanje poreskih obaveza) je sveprisutna, pri čemu neformalna zaposlenost predstavlja 41 posto ukupnog nivoa zaposlenosti, odnosno, jednako koliko i zaposlenost u formalnom

sektoru, izvan vladinog sektora. Zakonom predviđena izuzeća od plaćanja su, uz to, velika, što dovodi do toga da jedna polovina onih koji imaju zdravstveno osiguranje ne plaća doprinose.

6.11. Kao dio temeljnih reformi penzijskog i zdravstvenog sektora, vlasti bi trebalo da ozbiljno razmotre relativne prednosti finansiranja socijalnog osiguranja iz doprinosa za socijalno osiguranje, u odnosu na finansiranje iz opštih prihoda. Određene zemlje, uključujući Novi Zeland i Dansku, imaju visoke stope poreza na lični dohodak i vrlo niske stope doprinosa. Druge zemlje, od kojih vrijedi istaći Njemačku, Francusku i zemlje srednje i istočne Evrope, imaju daleko veće stope doprinosa za socijalno osiguranje. Imajući u vidu da su stopa poreza na lični dohodak građana u BH na nižem dijelu intervala koji prikazuje prakse širom kontinenta, privremena opcija bi mogla da bude napredak kroz umjereno povećanje stopa poreza na dohodak, s ciljem omogućavanja dodatnog smanjenja stopa doprinosa.

6.12. Naredni stavovi navode konkretne kratkoročne preporuke za smanjenje i harmonizaciju stopa i osnovica za socijalno osiguranje.

- Proširiti i harmonizovati **osnovicu i stopu doprinosa** između entiteta i za sve programe osiguranja. Za **penzije**, na osnovu proširenja osnovice kroz uključenje naknada koje nisu dio osnovne plate, smanjiti stopu doprinosa za penzijsko osiguranje u FBH.

- Dodatno smanjiti **stopu doprinosa za penzijsko osiguranje** kroz prenos odgovornosti za finansiranje doprinosa za zdravstveno osiguranje penzionera sa fondova penzijskog osiguranja na entitetske budžete.

- U FBH, smanjiti **stopu doprinosa za nezaposlenost** ograničavanjem i boljim usmjeravanjem potrošnje na aktivne programe na tržištu rada, zajedno sa finansiranjem socijalnog programa za restrukturiranje preduzeća iz opštih prihoda, a ne iz doprinosa za osiguranje u slučaju nezaposlenosti. Analiza u nastavku teksta pokazuje da bi se stopa doprinosa za slučaj nezaposlenosti u FBH mogla smanjiti sa 2,5 posto bruto plate, koliko sada iznosi, na 1,5 posto.

- Dodatno smanjiti **stopu doprinosa za nezaposlenost** kroz prekidanje prakse pružanja zdravstvenog osiguranja za sve one koji se registruju kao nezaposleni. Ograničiti trajanje besplatnog zdravstvenog osiguranja na trajanje isplate davanja za nezaposlene i nakon toga vezati podobnost korisnika za besplatno zdravstveno osiguranje striktnim kriterijumima imovinskog cenzusa u koordinaciji sa sistemom socijalne zaštite.

- Smanjiti i harmonizovati **stope doprinosa za zdravstveno osiguranje** kroz postepeni prelazak na sistem u kojem bi entitetski budžeti plaćali doprinose za zakonski izuzete pojedince. S ciljem ograničavanja troškova za entitetske budžete, smanjiti zakonski predviđene izuzetke od plaćanja doprinosa.

- U RS, razmotriti prelazak finansiranja dječijih dodataka sa sistema socijalnog osiguranja na finansiranje iz opštih prihoda, i kombinovanje tih davanja sa stalnim davanjima za siromašne u toku srednjoročnog perioda. To bi trebalo da omogući vlastima da eliminišu 2-postotnu **stopu doprinosa za dječije dodatke**.

- Preći na unifikaciju **osnovice za oporezivanje ličnog dohotka i doprinosa za socijalno osiguranje** i objediniti administraciju ta dva sistema.

D. SOCIJALNO OSIGURANJE

D.1 PENZIJE

6.13. Penzijski sistem u BH je naslijedio sve karakteristike tipičnih sistema zemalja u tranziciji, uključujući i relativno visoka stečena prava i stope doprinosa i brzo opadajući obuhvat obaveze

Tabela 6.3. Ključni parametri penzijskih sistema u BH

	FBH	RS
Standardna dob za penzionisanje	65/65	65/60
Najranija dozvoljena dob za penzionisanje	Bilo koje vrijeme sa barem 40 godina radnog staža	Bilo koje vrijeme sa barem 40 godina radnog staža
Minimalni period	20 godina	20 godina
Raspored dospjeća	2,25% za prvih 20 godina, 1,5%	2,25/2,75% za prvih 20 godina,
Maksimalna stopa	75 posto	75 posto
Valorizacija	Indeksacija na plate	Indeksacija na plate, 1 god. kašnji.
Indeksacija	Diskreciona (got. racionalizacija) sa ciljnom platnom indeksacijom	Diskreciona (got. racionalizacija) sa ciljnom platnom indeksacijom
Baza za ocjenu	Bruto pokrivena plate za najboljih 15 godina, s povećanjem do 40 do	Neto pokrivena plate za cijelu karijeru
Baza za doprinose	Bruto plate bez naknada	Neto plate plus naknade
Stopa doprinosa (poslodavac / radnik)	24 posto (7/17)	24 posto (24/0)

Izvori: FPIO i RSPIO.

plaćanja doprinosa. Nakon rata su uspostavljena tri penzijska fonda, po jedan za svaku od tri etničke grupe. U januaru 2002. godine, mostarski i sarajevski fond su spojeni u Fond mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja FBH (FPIO), a taj Fond je stavljen pod nadzor Ministarstva rada i socijalne zaštite FBH. Mostarski i sarajevski fond, međutim, i dalje održavaju odvojene informacione sisteme i baze podataka. Fond penzijsko-invalidskog osiguranja RS (RSPIO) ostaje odvojen, pod opštim nadzorom Ministarstva rada i boračko-invalidske zaštite RS. Oba entitetska penzijska sistema su *pay-as-you-go* (isplaćuju tekuće obaveze iz tekućih prihoda) javno vođeni planovi sa definisanim davanjima, finansirani kroz naplatu doprinosa socijalnog osiguranja koji se naplaćuju na plate, ali su ključni sistemski parametri različiti u svakom od njih (Tabela 6.3).

6.14. Kako bi se pomoglo pri sprječavanju nagomilavanja zaostalih neizmirenih obaveza za isplatu penzija, OHR je u novembru 2002. godine nametnuo izmjene i dopune oba entitetska penzijska zakona i uveo takozvano pravilo koeficijenta. To pravilo zahtijeva da, ako mjesečni prihodi PIO ne dosežu do iznosa neophodnog za plaćanje davanja i administrativnih troškova, onda administrativni troškovi i dio penzijskih davanja koji je jednak zakonom određenom minimumu imaju prednost u odnosu na sve druge rashode. Dio pojedinačnih penzijskih davanja iznad zaštićenog minimuma se nakon toga smanjuje kroz primjenu koeficijenta, tako da su davanja jednaka prihodima koji nisu već alocirani na administrativne troškove i zaštićenu minimalnu penziju. Prema pravilu koeficijenta, penzijska prava se re-

evaluiraju svakog mjeseca u svjetlu dostupnih resursa, čime se osigurava da ne može postojati jaz između zakonskih prava i stvarnih isplata.

6.15. Pravilo koeficijenta je spriječilo dalje nagomilavanje zaostalih neizmirenih obaveza od 2002. godine, ali ono ima dvije specifične karakteristike. Najprije, to pravilo nameće penzijskim fondovima obavezu da isplaćuju sve svoje prihode, neto u odnosu na operativne troškove, na penzije u istom periodu za koji su primljeni prihodi. Kao rezultat toga, entitetske vlade su ograničene samo dostupnošću tekućih resursa i tako mogu da *ad hoc* povećavaju davanja, bez obzira na dugoročnu održivost penzijskog sistema. Drugo, pravilo o koeficijentu rezultuje ravnopravnijim penzijama u RS nego u FBH. Kada se izračuna ukupna nominalna vrijednost penzijskih prava, FPIO sabira penzije u njihovoj nominalnoj vrijednosti u vrijeme penzionisanja, dok RS vrednuje penzijska prava prije nego što ih sabere, kako bi se dobila nominalna vrijednost penzijskih prava. Nakon primjene koeficijenta gotovinske racionalizacije nominalnih penzijskih prava, FBH povećava ili smanjuje nominalne penzije za isti procenat, bez obzira na godinu penzionisanja.

6.16. Kako se penzijski koeficijent primiče nivou koji je bliži jedan, adekvatno propisana indeksacija penzija postaje važan sastojak fiskalno proračunatog penzijskog sistema. U RS je koeficijent postepeno rastao, popevši se na 0,94 do novembra 2005. godine, sa 0,85 u 2003. godini, uglavnom odražavajući političke pritiske, bez obzira na neophodnost povećavanja transfera iz entitetskog budžeta penzijskom fondu. U FBH je koeficijent takođe povećan i sada iznosi 1,18. U Evropi se penzije sve više indeksiraju u skladu sa inflacijom maloprodajnih cijena ili prosjekom kretanja plata i cijena. Uvođenje indeksacije ne bi dovelo do smanjenja potrošnje na penzije, ali bi stvorilo transparentan i predvidljiv mehanizam koji bi se mogao koristiti za kontrolisanje potrošnje na penzije izražene kao procenat BDP-a u toku srednjoročnog perioda. To bi, sa svoje strane, moglo da omogući smanjenje tereta doprinosa ili izgradnju rezervi u FPIO² i ograničavanje transfera iz entitetskog budžeta RS u RSPIO. Imajući u vidu fiskalna ograničenja BH i nedostatak pouzdanih podataka o kretanjima plata u svakom slučaju, indeksacija prema kretanju cijena izgleda kao djelotvorna i socijalno odgovorna mjera za kontrolisanje potrošnje na penzije.

Penzijski prihodi i rashodi

6.17. Prihodi penzijskog fonda u FBH sastojali su se gotovo isključivo od uplata doprinosa, dok se penzijski fond RS u znatnoj mjeri oslanjao na transfere entitetske vlade pri ispunjavanju penzijskih obaveza. Budžetski transferi za RSPIO iznosili su čak jednu četvrtinu penzijskih rashoda, čak i ako su isplaćene penzije bile niže od pripadajućih prava.

6.18. Tekuća fiskalna pozicija FPIO je povoljnija od tekuće fiskalne pozicije RSPIO (Tabela 6.4). U RS je činjenica da su prihodi od doprinosa bili manji od potrošnje na penzije dovela do povećanog oslanjanja na transfere iz entitetskog budžeta za RSPIO. FPIO je, sa druge strane, uspio da održi ravnotežu. Rekavši sve to, odlivi na penzije su se u 2004. godini povećali na 6,8 posto BDP-a, sa nivoa od 6,2 posto BDP-a u 2003. godini. Snažan rast penzijskih rashoda odražavao je nekoliko faktora, uključujući (i) političke i socijalne pritiske za povećanje penzijskog koeficijenta na jedan ili više; (ii) pravilo koeficijenta, koje nameće fondovima da troše sve prihode, neovisno od izvora, čime podstiče transfere iz entitetskog budžeta za direktno finansiranje politički korisnih povećanja penzija; (iii) i znatno povećanje plata u formalnom sektoru i prihoda od doprinosa u oba entiteta.

² Akumulacija rezervi koje ne premašuju 10 posto penzijskih rashoda takođe je propisana u Zakonu o penzijskom osiguranju FBH.

**KLJUČNA PITANJA VEZANA ZA
PENZIJE**

6.19. Visoki odnosi ovisnosti i niske stope obuhvata u oba entitetska penzijska sistema predstavljaju prijetnju za njihovu fiskalnu održivost, koja je do sada osiguravana primjenom pravila o koeficijentu. Penzijski sistem FBH uključuje 292.000 korisnika i 466.000 lica koja plaćaju doprinose, sa visokim odnosom ovisnosti sistema od 0,63. U RS je taj odnos nešto niži, na nivou od 0,6, sa 174.000 penzionera i 294.000 lica koja plaćaju doprinose. Visoki

odnosi ovisnosti u sistemu predstavljaju rezultat niskog ukupnog stepena učešća u radnoj snazi i niskih stopa obuhvata osiguranja. Oko 62 posto stanovništva BH starosti od 15 do 64 godine ne stiče penzijska prava, a više od jedne četvrtine aktivne radne snage nije obuhvaćeno penzijskim osiguranjem. Niske stope obuhvata će dodatno povećati dio stanovništva koji se u budućnosti neće kvalifikovati za penzijska prava.

Invalidske penzije

6.20. Udio invalidskih penzija je visok, što je uglavnom posljedica uticaja rata. Udio penzionera koji primaju invalidske penzije u BH je dvostruko veći od nivoa u većini drugih zemalja. Pensioneri koji primaju starosne penzije, kao rezultat toga, predstavljaju manji dio ukupnog broja penzionera u BH, odnosno 43 posto ukupnog broja, što treba uporediti sa udjelom od 73 posto u prosjeku u većini evropskih zemalja. U BH je udio penzionera koji primaju invalidske penzije uglavnom sličan u oba entiteta (Tabela 6.5). Iako nisu dostupni nikakvi podaci, postoji bojazan da bi mnogi korisnici invalidskih i porodičnih penzija mogli primati višestruka davanja iz istog razloga. To se posebno odnosi na korisnike sistema boračkih davanja koji takođe dodjeljuje velikodušne naknade borcima sa onesposobljenjima i širim porodicama palih boraca.

Regulativa u oblasti penzija

6.21. Zakonske odredbe o penzionisanju su u oba entiteta, ugrubo gledano, u skladu sa regionalnim najboljim praksama, ali niska stvarna dob za odlazak u penziju predstavlja uzrok bojazni. Zakonske odredbe za rani odlazak u penziju i veliki udio invalidskih penzija imaju uticaja na stvarnu starost za odlazak u penziju. Oba entiteta dozvoljavaju rano penzionisanje za određene kategorije radnika ili za lica sa bar 40 godina staža osiguranja. Uz to, FPIO je do kraja 2005. godine imao prelazni aranžman koji je dozvoljavao muškarcima (ženama) penzionisanje prije nego što navršše 60 (55) godina starosti sa bar 35 (30) godina staža osiguranja. Imajući u vidu visoke stope zaposlenosti prije 1990. godine, te

Tabela 6.4. BH PIO: Prihodi i rashodi, 2003-2005. godine
(U milionima KM)

	2003	2004	2005
RSPIO			
Prihodi od doprinosa	244	296	332
Transferi vlade	66	86	103
Penzijski rashodi	310	382	434
FPIO			
Prihodi od doprinosa	731	801	865
Transferi vlade	0	0	0
Penzijski rashodi	688	744	831

Izvori: RSPIO i FPIO.

Tabela 6.5. Struktura korisnika penzijskih davanja
(kao % ukupnog broja korisnika)

	FBH	RS
Starosne penzije	41	46
Invalidske penzije	22	19
Porodične penzije	37	35

Izvori: FPIO i RSPIO.

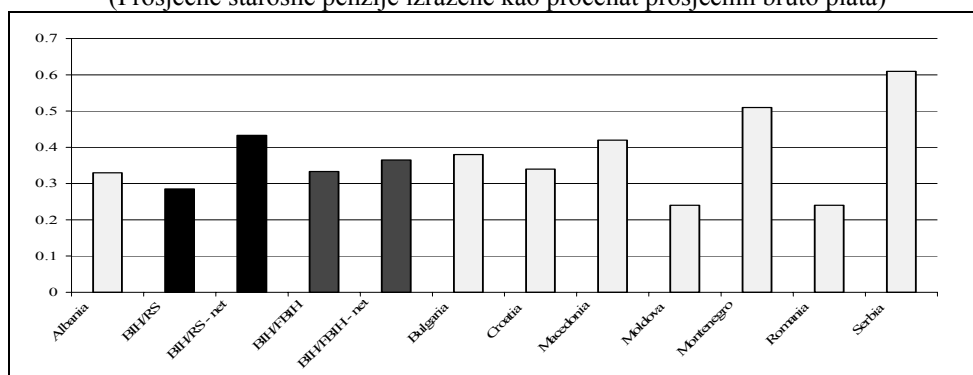
odredbe djelotvorno smanjuju dob za odlazak u penziju na 60-55 godina za mnoga lica. Vlada FBH takođe razmatra uvođenje zakonskog okvira koji bi dozvolio radnicima da „kupuju“ staž osiguranja do tri godine. Štaviše, vlada FBH razmatra i zakonsko regulisanje privremenog snižavanja statutarne dobi za odlazak u penziju na 63 godine do 2010. godine. **Te mjere ne bi trebalo da budu prihvaćene, pošto bi dovele do dodatnog smanjenja stvarne starosti za odlazak u penziju u FBH, što bi, sa svoje strane, povećalo stopu ovisnosti i izložilo FPIO dodatnim pritiscima.**

6.22. U RS su odredbe o dobi za penzionisanje manje ublažene od onih u FBH. Postoje samo dva tipa lakšeg tretmana. Najprije, radnici sa dugim stažom osiguranja (40 godina za muškarce i 35 godina za žene) mogu se penzionisati kad žele, bez obzira na starost. Drugo, radnici koji su proveli bar 15 godina u opasnim i štetnim radnim uslovima mogu se penzionisati sa 55 godina starosti, i za žene i za muškarce. Pošto ni dodatna prava ni duži periodi korištenja za prijevremeno penzionisanje nisu odraženi u stopama doprinosa, ta prava, u konačnici, dovode do povećanja penzijskih obaveza, što zahtjeva dodatne budžetske resurse, kao što je to slučaj u RS, ili internu preraspodjelu unutar sistema u korist onih koji su ranije otišli u penziju, kao što je slučaj u FBH.

6.23. Kako bi se pomoglo pri smanjenju stepena ovisnosti i kako bi se unaprijedila održivost sistema, sve regulative koje dozvoljavaju prijevremeno penzionisanje trebalo bi da se povuku. Priznaje se da će određena zanimanja i dalje nastaviti da zahtijevaju odredbe za rani odlazak u penziju, ali će lista tih zanimanja morati da se ponovo razmotri. Takođe je poželjno da se odredbe za rano penzionisanje tretiraju zasebno, ili naplaćivanjem aktuarski pravednih dodatnih doprinosa od poslodavaca, uz održavanje tih davanja unutar opšteg plana socijalnog osiguranja, ili kroz uspostavljanje planova za profesionalno ranije penzionisanje, s ciljem premošćavanja jaza između standardne i povoljnije dobi za penzionisanje.

6.24. Stope zamjene su u skladu sa prosjecima za region, ali je vjerovatno da će stope u narednom periodu opadati, osim ako se ne riješe dugoročniji izazovi. Stope zamjene za prosječne starosne penzije u FBH sada iznose 48 posto prosječne plate, što treba uporediti sa stopom doprinosa za penzijsko osiguranje na nivou od 34 posto bruto plata. U RS su stope zamjene za starosne penzije nešto više – 53 posto prosječne plate, dok stope doprinosa iznose 24 posto neto plate (Slika 6.1).

Slika 6.1. Stope zamjene za izabrane zemlje
(Prosječne starosne penzije izražene kao procenat prosječnih bruto plata)



Izvori: FPIO, RSPIO i procjene osoblja Svjetske banke.

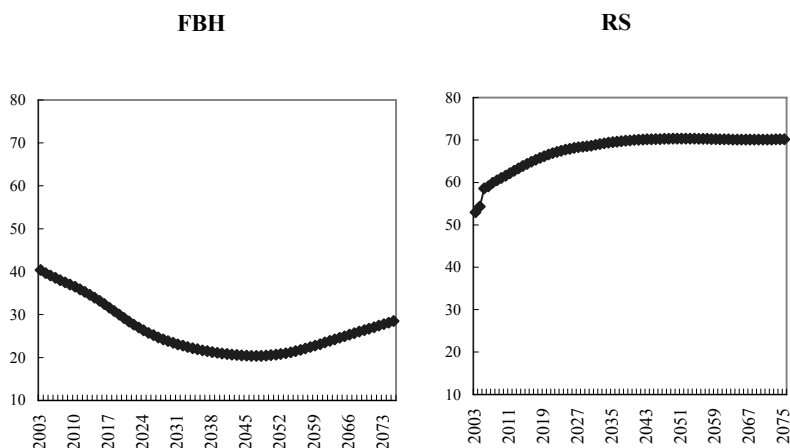
6.25. Stope sticanja prava, minimalni kriterijumi za podobnost korisnika i odredbe za prijevremeno penzionisanje obezbjeđuju motivaciju za povlačenje iz formalnog zaposlenja nakon kratkog staža osiguranja. Postojeća dinamika sticanja prava rezultira marginalnim stopama zamjene koje u oba entiteta postaju još manje nakon 20 godina staža osiguranja. Prema tome, svaka dodatna

godina formalnog zaposlenja smanjuje prosječni povrat na doprinose. **S ciljem promoviranja dužih karijera u toku kojih se plaćaju doprinosi, od ključne je važnosti da postojeća dinamika sticanja prava (koja je „konkavnog“ oblika) bude zamijenjena dinamikom koja nagrađuje prve periode plaćanja doprinosa manje u odnosu na kasnije godine (“linearan” ili “konveksan” oblik).** U praksi, takve izmjene i dopune značile bi niže penzije za ljude sa 20 godina staža osiguranja, ali i strmije rasporede zamjene u odnosu na kasnije dodatne godine staža osiguranja.

Penzije: Perspektive

Slika 6.2. BH: Stope zamjene penzijskih davanja 1/
(Prosječne penzije prikazane kao procenat prosječnih plata)

6.26. U narednom periodu, oba entitetska penzijska sistema suočiće se sa smanjenim brojem onih koji plaćaju doprinose, relativno velikim brojem korisnika penzija i smanjenjem dobnih skupina koje će pristupiti radnoj snazi. Ako entitetski penzijski sistemi ostanu na sadašnjem kursu, prosječna stopa zamjene u FBH biće u toku narednih 35 godina znatno smanjena. Preliminarne projekcije pokazuju da bi nivo penzija u FBH mogao pasti sa sadašnjeg prosjeka od 40



Izvor: Svjetska banka, Dokument o penzijskim politikama za BH, nacrt, 2006. godina

pосто prosječne plate za sve tipove penzija na 20 posto u narednih 35 godina (Slika 6.2)³. **Tako nizak nivo penzija neće obezbijediti dovoljnu zaštitu od siromaštva u starijem dobu i smanjiće stepen motivacije za plaćanje doprinosa.** Već u toku 2015. godine, penzije u FBH će, izražene kao procenat prosječne plate, vjerovatno biti niže od stope doprinosa. Pojedinci neće imati nikakvu motivaciju da plaćaju doprinose na nivou ekvivalentnom 34 posto neto plate u toku 40 godina, da bi primali penzije vrijedne tek 33 posto prosječne plate, ili manje, u toku 15 godina. U RS, postizanje i održavanje koeficijenta 1 rezultovaće brzim širenjem deficita RS PIO koji će zahtijevati znatne transfere iz entitetskog budžeta.

6.27. Zaobilaženje znatnog pada kod stopa zamjene u FBH i preokretanje procesa širenja deficita u RS zahtijevalo bi temeljnu penzijsku reformu. Detaljno razmatranje potencijalnih strukturnih promjena i impliciranih mjera nalazi se izvan opsega ovog izvještaja i biće predstavljeno u zasebnom Dokumentu o penzijskoj politici BH. Ovo poglavlje daje samo kratak sžez mogućih dugoročnih reformskih mjera i preporučenih kratkoročnih i srednjoročnih parametarskih reformi koje bi ih omogućile. Penzijske reforme implementiraju se sa dugačkim periodom uvođenja i kaskadno se prenose kroz grupe doprinositelja i korisnika davanja. Prema tome, parametarska prilagođavanja će biti neophodna bez obzira na to koje strukturalne penzijske reforme budu sprovedene. Međutim, malo je vjerovatno da će same parametarske reforme postaviti penzijski sistem na održiv put, što dovodi do toga da je od ključne važnosti za vlasti da takođe razmotre i opcije za dublje strukturalne reforme.

³ Projekcije su napravljene uz korištenje penzijskog modela PROST Svjetske banke i pripremio ih je tim Svjetske banke kao dio tekućih aktivnosti na izradi Dokumenta o penzijskim politikama Svjetske banke za BH.

6.28. Dostupne opcije za strukturne reforme ovisiće uglavnom o tome da li se obuhvat i poštivanje obaveza kod dobnih skupina u aktivnom životnom periodu može povećati do nivoa koji bi omogućio da penzijski planovi nastave da ispunjavaju funkciju ujednačavanja potrošnje.⁴ Inače, one funkcije javnog penzijskog plana koje idu dalje od izbjegavanja siromaštva u starijoj dobi trebalo bi da se kroz vrijeme umanje. Rješavanje siromaštva u starijoj dobi može se omogućiti preko više različitih instrumenata, uključujući socijalnu pomoć koja se daje licima sa primanjima ispod određenog nivoa (imovinski cenzus), nedoprinosne paušalne građanske penzije (takozvani “demogrant”) ili garantovane minimalne penzije. Nijedna od tih opcija ne sadrži davanja vezana za nivo primanja. Kada bi davanja bila neovisna od nivoa zarada, doprinosi takođe ne bi morali da budu vezani za zarade, pošto bi implicirana preraspodjela u sklopu takvog plana demotivisala poštivanje obaveza na svim nivoima dohotka iznad statutarnog minimuma. Prema tom, osnovni penzijski stub mogao bi se u principu uspostaviti ako bi donosioci odluka bili spremni da postepeno ukinu preostali obavezni doprinosni plan sa davanjima vezanim za nivo zarada. Prelazak na paušalni penzijski sistem takođe bi zahtijevao znatan stepen finansiranja u prelaznom periodu, pošto se od radnika koji bi imali prava samo na osnovnu penziju više ne bi moglo očekivati da plaćaju doprinose u starom sistemu, dok bi penzijska davanja koja su zarađena u starom sistemu i dalje morala da budu finansirana. Jaz u finansiranju bi zahtijevao znatan nivo transfera opštih prihoda, a brzina kojom bi takva reforma mogla da bude implementirana u velikoj bi mjeri zavisila od raspoloživosti sredstava za te namjene.

6.29. Još jedna reformska opcija bilo bi dodavanje obaveznih i dobrovoljnih fondovskih stubova u javni penzijski plan. To je reformski put koji su izabrale mnoge zemlje ECA. Bez izuzetka, takve reforme su ostavile opšti nivo stopa doprinosa za socijalno osiguranje i obavezne štednje uglavnom nepromijenjenim. Dokazi koji se sada pojavljuju ukazuju na to da takozvane “reforme sa uvođenjem tri stuba” nisu poboljšale poštivanje obaveza i ne očekuje se da bi situacija u BH bila drugačija. Štaviše, u ovom trenutku izgleda da BH ne ispunjava nijedan od preduslova koji su neophodni za uspješno uvođenje višestubnog sistema.⁵ Druga opcija koja će se razmatrati u Dokumentu o penzijskim politikama u BH je uvođenje takozvanog sistema “nominalno definisanih doprinosa”. Takav sistem prati doprinose pojedinaca u toku staža osiguranja i nivo penzija je vezan za visinu doprinosa pojedinca, čime oponaša u potpunosti fondovski sistem.

6.30. Bez obzira na dugoročni reformski put koji bude izabran, postojaće potreba za dodatnim parametarskim reformama u postojećem sistemu i za povećanim stepenom harmonizacije između dva entitetska penzijska sistema. Preporuke koje se odnose na penzijski sistem sažeto su predstavljene u narednim stavovima.

Penzije: Preporuke

- **Izvršiti administrativna unapređenja s ciljem povećanja stepena efikasnosti naplate i doprinosa transparentnom sistemu u kojem će konsekvence poštivanja poreskih obaveza biti svima jasne.**

- **Ukinuti prelazne aranžmane vezane za starosne penzije koje omogućavaju penzionisanje prije navršavanja 65 godina starosti.**

⁴ Penzijski sistemi imaju dva cilja: zaštitu starijih lica od siromaštva i osiguravanje da nivoi potrošnje pojedinaca ne dožive oštar pad nakon penzionisanja (ujednačavanje potrošnje). Penzijski sistemi pokušavaju da prvo postignu prvi cilj a onda, ako imaju dovoljno resursa, i drugi.

⁵ Preduslovi uključuju spremnost finansijskih tržišta, postojanje odgovarajućeg regulatornog okvira i kapacitet i stanje javnog penzijskog stuba.

- Uvesti indeksaciju penzija zasnovanu na stopi rasta maloprodajnih cijena (CPI), zasnovanu na zakonu.
- Ograničiti priznavanje penzijskih prava na one čiji staž osiguranja je u potpunosti pokriven.
- Modifikovati dinamiku sticanja prava tako da ona postane ili linearna ili konveksna funkcija godina staža osiguranja, kako bi se više značaja dalo kasnijim godinama staža osiguranja.

D.2 OSIGURANJE U SLUČAJU NEZAPOSLENOSTI

6.31. Službe za zapošljavanje predstavljaju odgovornost entitetskih i pod-entitetskih vlada. U RS postoji jedinstveni Zavod za zapošljavanje sa 6 regionalnih filijala i 55 opštinskih kancelarija. U FBH se mreža službi za zapošljavanje sastoji od Federalnog Zavoda za zapošljavanje na entitetskom nivou i deset kantonalnih službi za zapošljavanje, sa 79 opštinskih kancelarija. Službe za zapošljavanje u RS i FBH imaju znatno različite nivoe prihoda zbog razlika u stopama doprinosa i osnovica za naplatu doprinosa. U RS stopa doprinosa za zapošljavanje iznosi 1 posto, što se naplaćuje na neto plate, uključujući naknade. Stopa doprinosa u FBH iznosi 2,5 posto, što se naplaćuje na bruto plate i ekvivalentno je nivou od 4,2 posto neto plata. Od doprinosa koji se naplate u FBH, 30 posto pripada Federalnom zavodu za zapošljavanje, a 70 posto kantonalnim službama za zapošljavanje. Prvih 30 posto raspodjeljuje se kantonima na osnovu principa solidarnosti.

6.32. Službe za zapošljavanje obezbjeđuju pasivne i aktivne programe na tržištu rada. Davanja i prava u sklopu tih programa uključuju: (i) gotovinska davanja za nezaposlene sa plaćenim doprinosima, (ii) zdravstveno osiguranje za sva lica registrovana kao nezaposlena i penzijsko-invalidsko osiguranje za primaocce naknada za nezaposlene; (iii) aktivne programe na tržištu rada i programe nalaženja zaposlenja. Uz to, službe za zapošljavanje u FBH planiraju da pokrenu socijalni program za radnike koji su postali nezaposleni zbog stečaja ili likvidacije. U oba entiteta, zakon zahtjeva da zavodi za zapošljavanje iskoriste dostupne resurse prvo za finansiranje naknada za nezaposlene. Aktivni programi na tržištu rada se finansiraju samo ako nakon toga preostane resursa.

Davanja za nezaposlene

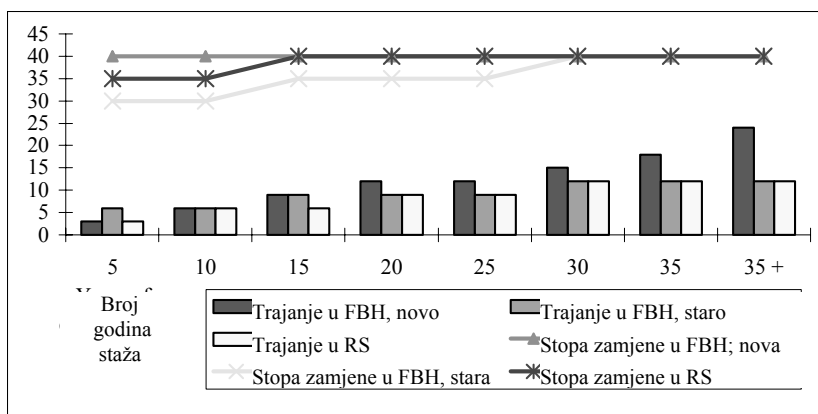
6.33. Velikodušan tretman nezaposlenih u FBH ima tendenciju da obeshrabri nezaposlene od traženja posla. To se ne odnosi u tolikoj mjeri na davanja za nezaposlene, već na besplatno zdravstveno osiguranje za sva lica registrovana kao nezaposlena. To je predstavljalo najveću motivaciju za registrovanje u službama za zapošljavanje. Kao rezultat toga, registrovana stopa nezaposlenosti je bila više nego dvostruko veća od stvarne stope nezaposlenosti, mjerene u skladu sa definicijom ILO-a.⁶

6.34. Davanja za nezaposlene u FBH su takođe na jednom od najvelikodušnijih nivoa u široj regiji. Preokrećući dotadašnje dobre prakse, FBH je usvojila izmjene i dopune zakona u toku maja 2005. godine, kojima su predviđena gotovinska davanja na nivou ekvivalentnom tromjesečnoj isplati plate za staž

⁶ Prema definiciji ILO-a, "nezaposleni" uključuju sva lica koja su u toku referentnog perioda bez zaposlenja (tj. nemaju plaćeni posao i nisu samozaposleni), koji su trenutno na raspolaganju za posao i aktivno traže posao (tj. poduzeli su konkretne korake ka traženju plaćenog posla ili načina za samozaposlenje).

osiguranja od 8 mjeseci do 5 godina, što se postepeno povećava na 24 mjeseca plate za staž duži od 35 godina. Stopa zamjene davanja za nezaposlene iznosi uniformnih 40 posto od prosječne neto plate isplaćene u FBH u prethodna tri mjeseca, bez obzira na broj godina staža. Iako stopa zamjene od 40 posto nije pretjerana prema standardima u ECA regionu, maksimalno trajanje od 24 mjeseca stavlja FBH na vrh intervala za zemlje ECA.⁷ Imajući u vidu visoku i rastuću stopu deformalizacije ekonomskih aktivnosti i zapošljavanja, tako dug period isplate davanja za nezaposlene vjerovatno će dovesti do smanjenja stepena motivacije za nalaženje zaposlenja u formalnom sektoru.

Slika 6.3. BH: Stope zamjene davanja za nezaposlene (broj mjeseci trajanja u odnosu na stope zamjene, u %)



Izvori: Vlade BH i procjene osoblja Svjetske banke.

6.35. Obuhvat davanja za nezaposlene u BH je niži nego u gotovo svim drugim zemljama u Evropi. 2004. godine je samo 2 posto svih lica registrovanih kao nezaposleni primalo gotovinska davanja, što treba uporediti sa 12 posto u prosjeku među zemljama jugoistočne Evrope. Novija ekspanzija trajanja perioda davanja u FBH trebalo bi da znatno poveća obuhvat, ali bez temeljnog unapređenja stepena poštivanja obaveze plaćanja doprinosa.

6.36. U RS davanja za slučaj nezaposlenosti i dalje su u većoj mjeri usklađena sa međunarodnim dobrim praksama i fiskalnom dostupnošću. Prava, koja se sastoje iz gotovinskih plaćanja, zdravstvenog osiguranja i penzijsko-invalidskog osiguranja, mogu se primati u toku perioda do tri mjeseca uz staž osiguranja do pet godina, što se povećava do perioda od 12 mjeseci za staž osiguranja od više od 25 godina (Slika 6.3). davanja za nezaposlene iznose do 35 posto (40 posto) prosječne plate pojedinca u toku prethodna 3 mjeseca za one sa deset godina (više od deset godina) staža osiguranja.

Tabela 6.6. BH: Registrovani nezaposleni po kategoriji korisnika, 2005. godina (u stvarnim iznosima)

	FBH	RS
Broj registrovanih nezaposlenih od čega:	341,650	153,474
primaoci gotovinskih davanja	5,725	3,429
korisnici zdravstvenog osiguranja	201,599	103,028

Izvori: zavodi za zapošljavanje, Podaci iz FBH za maj 2005. godine, RS za april 2005. godine

6.37. Kao i u FBH, kvalifikovanost za besplatno zdravstveno osiguranje za sve registrovane nezaposlene u RS predstavljalo je ključnu motivaciju za registrovanje i služilo je i kao vodeći faktor za neformalnost i kao glavni odliv za javne resurse. Oko dvije trećine svih registrovanih nezaposlenih koristi zdravstveno osiguranje, dok se samo dva procenta kvalifikuju za primanje gotovinske podrške (Tabela 6.6). Pravo na besplatno zdravstveno osiguranje

⁷ Prema ranijim odredbama u FBH, davanja za nezaposlene isplaćivana su u toku šest mjeseci u iznosu od 30 posto od prosječne plate u kantonu za period osiguranja od 8 mjeseci. To se povećavalo do isplate u trajanju od 12 mjeseci u iznosu ekvivalentnom 40 posto prosječne plate u kantonu za period osiguranja duži od 25 godina.

tokom registracije kao nezaposlenog daje motivaciju za ostanak u neformalnom sektoru i izbjegavanje plaćanja doprinosa za socijalno osiguranje. Štaviše, ti aranžmani su doprinijeli stvaranju neodržive situacije u sistemu zdravstvenog osiguranja, gdje samo jedna četvrtina lica koja imaju zdravstveno osiguranje u stvari plaća doprinose. Zavodi za zapošljavanje plaćaju zdravstveno osiguranje za sve registrovane nezaposlene u oba entiteta, a i penzijsko osiguranje u RS za one koji primaju gotovinska davanja za nezaposlene.⁸

Aktivni programi na tržištu rada

6.38. Postojeća mješavina aktivnih programa na tržištu rada je ograničena i izgleda da ima mali uticaj na unapređenje perspektive za zapošljavanje nezaposlenih.

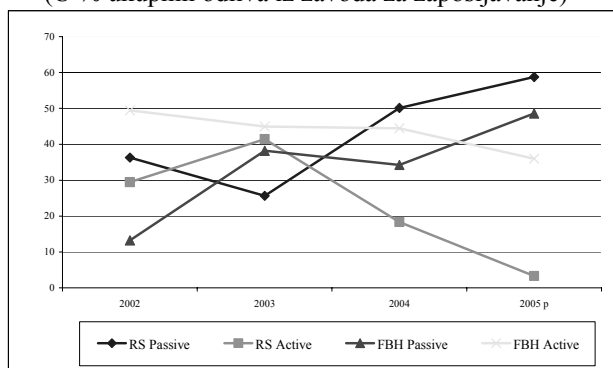
Taj nesretni ishod je rezultovao dijelom iz naglaska koji se sve do nedavno stavljao na programe koji su obezbjeđivali subvencionirane kredite za preduzeća, kao i na subvencioniranje plata, što je samo doprinosilo podržavanju neprofitabilnih preduzeća i praksi i u tipičnom slučaju uništavalo vrijednost i povećavalo stepen neefikasnosti.⁹ To pitanje je posebno akutno za Federalni zavod za zapošljavanje, koji finansira veliki broj aktivnosti sa malim stepenom evaluacije efekata, uključujući dodjelu kredita preduzećima za promociju zapošljavanja preko Federalne investicione banke (FIB). Slično tome, kantonalne službe za zapošljavanje, a posebno Služba za zapošljavanje kantona Sarajevo, nastavljaju da dodjeljuju direktne kredite kao aktivne politike na tržištu rada.¹⁰ Jednostavniji i isplativiji programi, kao što su savjetovanje o zaposlenju ili osnovno posredovanje pri traženju zaposlenja, zanemareni su i i dalje ostaju uglavnom nedjelotvorni. Zavod za zapošljavanje RS, za razliku od toga, opravdano je prekinuo sve kreditne programe i, u novijem periodu, ograničio aktivne politike na tržištu rada na aktivnosti upućivanja na radna mjesta.

Tabela 6.7. Entitetski zavodi za zapošljavanje, 2004.
(u milionima KM)

	RS	FBH
Prihodi		
Doprinosi	12,5	120,4
Ostali prihodi	11,2	78,0
Prihodi od grantova	0,2	4,6
Vraćanje kredita	1,0	1,9
		7,3
Rashodi	12,5	84,3
Administracija i kapitalni odlivi	3,9	18,0
Podrška za nezaposlene	6,2	28,9
Davanja za nezaposlene	5,7	12,5
Doprinosi za zdravstveno	0,2	12,4
Doprinosi za penzijsko osiguranje	0,3	0,7
Ostala socijalna zaštita		3,4
Programi na tržištu rada	2,3	37,5
Subvencije		19,1
Programi kreditiranja		18,4
Bilans	0,0	36,1

Izvori: Entitetski zavodi za zapošljavanje.

Slika 6.4. BH: Odlivi na aktivne i pasivne programe zapošljavanja 1/
(U % ukupnih odliva iz zavoda za zapošljavanje)



Izvori: entitetski zavodi za zapošljavanje
1/ 2005p odnosi se na planirane rashode prema
objavljenim godišnjim programima zavoda za 2005. god

⁸ U slučaju da ne primaju zdravstvenu zaštitu na drugi način, kao npr. ako su članovi porodica osiguranika.

⁹ Vidjeti Betcherman, Olivas, and Dar (2004) "Impacts of Active Labor Market Programs: New Evidence from Evaluations, with Particular reference to Developing and Transition Countries," ("Uticaji aktivnih programa na tržištu rada: novi dokazi iz ocjena, sa posebnim referencama na zemlje u razvoju i tranziciji") Svjetska banka.

¹⁰ FIB je preuzeo otvoreni portfolio subvencioniranih zajmova od Federalnog Zavoda za zapošljavanje.

6.39. Veći resursi omogućavaju Federalnom Zavodu za zapošljavanje da ispunjava obaveze vezane za davanja za nezaposlene sa samo jednom trećinom svojih resursa, dok Zavod za zapošljavanje RS na to troši polovinu svojih resursa. Uz to, Federalni Zavod za zapošljavanje troši čak 45 posto svog budžeta na aktivne programe na tržištu rada, što treba uporediti sa 18 posto za Zavod za zapošljavanje RS i 20 posto u EU u prosjeku (Tabela 6.7 i Slika 6.4). Službe za zapošljavanje FBH, štaviše, ostvaruju i periodične suficite i imaju znatne gotovinske rezerve.

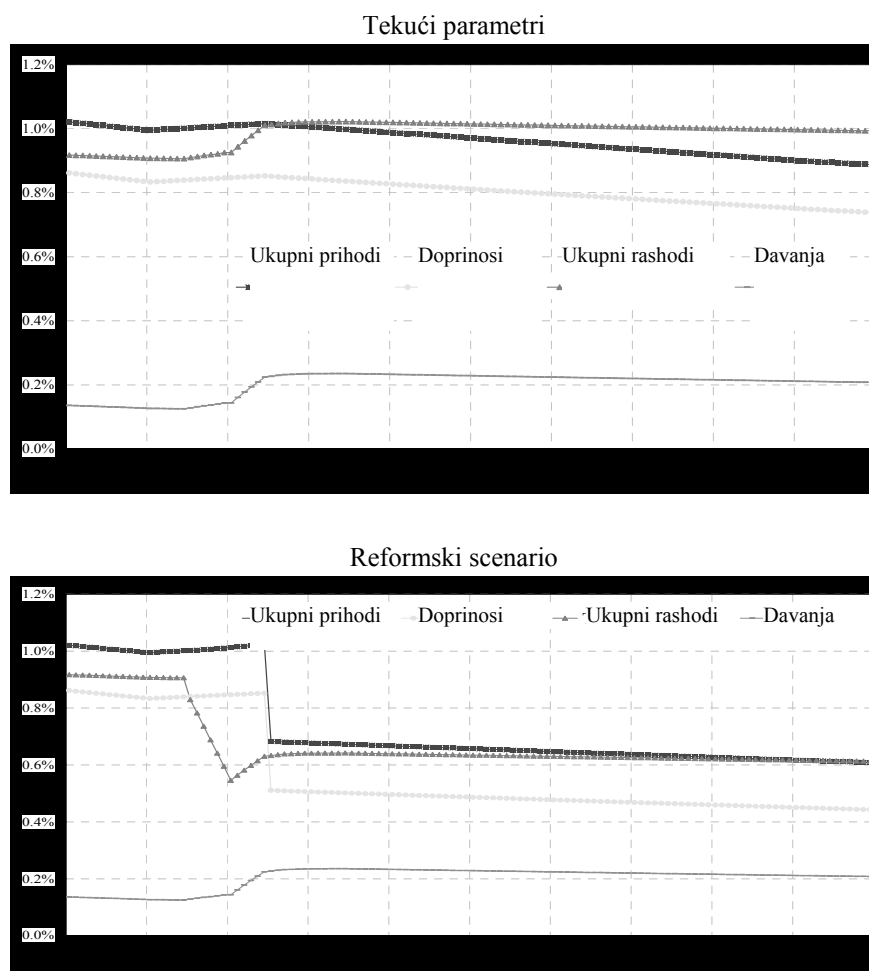
6.40. Zavod za zapošljavanje RS je doživio finansijski šok nakon uvođenja socijalnog programa za podršku restrukturiranju sektora preduzeća sredinom 2004. godine. Dok su se prihodi od doprinosa u 2004. godini povećali za 20 posto, potrošnja na davanja za nezaposlene skočila je za 136 posto, a Zavod za zapošljavanje RS je morao da dobije znatne transfere od entitetske vlade kako bi mogao da ispuni svoje obaveze. Vlada RS je nakon toga ukinula prava korisnika socijalnog programa na davanja za nezaposlene, ograničavajući ih, umjesto toga, na isplate doprinosa za zdravstveno i penzijsko osiguranje. Budžet RS za 2006. godinu predviđa 20 miliona KM transfera Fondu zdravstvenog osiguranja RS s ciljem finansiranja tih prava.

Službe za zapošljavanje: Perspektive

6.41. Sistemi za osiguranje u slučaju nezaposlenosti FBH i RS suočavaju se sa različitim perspektivama. Dokazi koji su dati u prethodnom dijelu teksta ukazuju na to da je stopa doprinosa u FBH previsoka i da je sistem u FBH u znatnoj mjeri pre-finansiran. Za razliku od toga, fiskalna situacija zavoda za zapošljavanje RS je mnogo tješnja, i vjerovatno je da će takva i ostati u toku srednjoročnog perioda.

6.42. Smanjivanje nivoa trenutno pretjerano povećanih rashoda na aktivne programe na tržištu rada u FBH omogućilo bi smanjenje stope doprinosa za osiguranje u slučaju nezaposlenosti, čak i sa

Slika 6.5. Zavod za zapošljavanje FBH: Projekcije prihoda i rashoda 1/



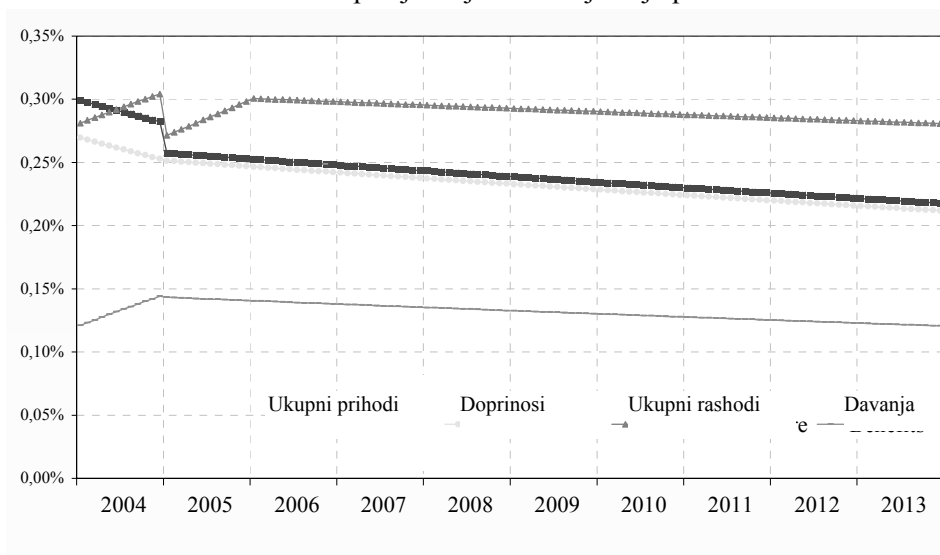
Izvor: Procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Gornja slika: projekcije prema tekućim parametrima. Donja slika: projekcije koje kao pretpostavku uzimaju poduplavanje broja korisnika davanja za nezaposlene u 2006. godini, smanjenje stope doprinosa sa 2,5 posto na 1,5 posto od jula 2006. godine, te potrošnju na aktivne programe na tržištu rada smanjenu na 0,2 posto BDP-a od januara 2006. godine.

povećanim prilivom korisnika davanja za nezaposlene. Sistem bi mogao da izdrži skok na povećanje korisnika davanja za nezaposlene u odnosu na ukupni broj registrovanih nezaposlenih sa 1,7 posto na 3,5 posto, kao i smanjenje stope doprinosa sa 2,5 posto bruto plate na 1,5 posto. To bi bilo moguće uz uslov da se rashodi na aktivne programe na tržištu rada smanje sa tekućeg nivoa od 0,6 posto BDP-a na 0,2 posto (Slika 6.5). Uštede bi se takođe mogle ostvariti skraćivanjem nedavno produženog maksimalnog perioda primanja davanja sa 24 mjeseca natrag na 12 mjeseci.¹¹

6.43. Službe za zapošljavanje u RS suočavaju se sa različitim izazovima. Sistem je nedovoljno finansiran i svaki šok bi morao da se amortizira ili povećanjem transfera od entitetske vlade ili smanjenjem davanja. Ako se kao pretpostavka uzme povećanje broja korisnika davanja za nezaposlenost sa 2,2 posto registrovanih nezaposlenih na 3,5 posto od 2006. godine nadalje, bez promjena nivoa davanja, Zavod za zapošljavanje RS bi trebao dodatni transfer od entitetske vlade od manje od 0,1 posto entitetskog BDP-a godišnje (Slika 6.6). Srednjoročne opcije za politike u sistemu osiguranja od nezaposlenosti u RS ovisiće od toga da li će doći do povećanja broja korisnika davanja za nezaposlene i da li će to povećanje biti privremene ili trajne prirode. Ubrzanje restrukturiranja sektora preduzeća povećava vjerovatnoću da će svako povećanje biti privremeno. Prema tome, izgleda mudro računati na budžetske transfere za pokrivanje deficita u finansiranju, umjesto povećanja stopa doprinosa.

Slika 6.6. Zavod za zapošljavanje RS: Projekcije prihoda i rashoda 1/



Izvor: Procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Slika pokazuje projicirani nedostatak prihoda, uzimajući kao pretpostavku da će doći do povećanja broja korisnika davanja za nezaposlene za 3,5 posto registrovanog broja nezaposlenih u 2006. godini, da neće doći do promjene stope doprinosa od 1 posto neto plate i da je potrošnja na davanja za nezaposlene 0,07 posto BDP-a.

Službe za zapošljavanje: Preporuke

- **Opozvati nedavne izmjene Zakona o zapošljavanju FBH i ograničiti maksimalno trajanje davanja za nezaposlene na 12 mjeseci.**

¹¹ Simulacije su izvršene uz korištenje UISIM-a, modela za simulacije kod osiguranja u slučaju nezaposlenosti kojeg je razvila Svjetske banka.

- U FBH, smanjiti potrošnju na aktivne programe na tržištu rada koji nisu usmjereni i koji nisu evaluirani i usmjeriti te programe na isplativo upućivanje na posao i savjetovanje. Potpuno prekinuti programe kreditiranja preduzeća zatvaranjem kreditnih linija koje sad administriraju federalni zavod za zapošljavanje i Služba za zapošljavanje Sarajevo.

- Uvesti ocjenu efekata kao integralni dio aktivnosti zavoda za zapošljavanje s ciljem informisanja uprave i osoblja i vršenja uticaja na razvoj djelotvornih aktivnih programa na tržištu rada.

D.3 ZDRAVSTVENA SKRB

6.44 Zdravstveni sistem je fragmentiran i opterećen znatnim stepenom poduplavanja, viška zaposlenih i neefikasnog korištenja dostupnih resursa. Dostupnost zdravstvene njege je, štaviše, neravnomjerna, pri čemu neformalna plaćanja premašuju zakonski propisane participacije, čemu su osnovni uzroci implicitno racionalizovanje usluga i ograničen stepen prenosivosti osiguranja. Znatne razlike u resursima i mali stepen objedinjavanja rizika u FBH takođe predstavlja važan faktor. Bolesti koje se mogu spriječiti, a koje nose visoke troškove, kao što su srčana oboljenja i rak, imaju visoku poziciju na listi bolesti koje predstavljaju opterećenje za sistem. Sa brzim starenjem stanovništva doći će do daljeg povećanja izazova. Incidence tuberkuloze su komparativno visoke i, u kombinaciji sa relativno niskom stopom korištenja reproduktivne njege i imunizacije, ukazuju na to da grupe sa niskim nivoom dohotka imaju tendenciju da budu isključene iz kvalitetne zdravstvene njege. Neefikasnost u organizaciji i pružanju njege dodatno doprinosi bojaznima vezanim za ravnopravnost kod dostupnosti.

6.45 S ciljem rješavanja tih izazova, vlasti moraju da racionalizuju strukturu zdravstvenog sektora i unaprijede stepen efikasnosti korištenja dostupnih resursa. S tim ciljem, zakonski propisana prava i dostupni resursi moraju se uskladiti, finansijski sistem se mora osnažiti, a pravila nabavke za lijekove moraju se revidirati. Također treba implementirati mjere s ciljem sprječavanja dalje akumulacije zaostalih neizmirenih obaveza. Štaviše, mreža zdravstvenih objekata treba biti reorganizovana i racionalizovana, a ljudski kapaciteti u zdravstvenom sektoru treba da budu profilisani i racionalizovani, kako bi se povećala stopa produktivnosti. Ključni dodatni izazov za vlade biće implementacija tog ambicioznog programa uz istovremeno smanjenje opterećujuće visokih stopa doprinosa.

Zdravstvo: Institucionalna pozadina i pozadina vezana za politike

6.46 Administracija sistema zdravstvene zaštite je fragmentirana i neefikasna. DPA je predvidio da su entiteti odgovorni za legislativu, organizaciju, finansiranje i pružanje usluga u oblasti zdravstvene zaštite. Zdravstveni sektor FBH, kao rezultat toga, uključuje Ministarstvo zdravlja FBH, Federalni fond solidarnosti zdravstvenog osiguranja, 10 kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja (FZO) i 11 zavoda za javno zdravstvo (ZJZ). Fragmentacija i neefikasnost dodatno su otežane imajući u vidu da odgovornosti institucija unutar entiteta ili čak unutar kantona nisu jasno definisane. Za razliku od toga, zdravstveni sistem RS je centralizovan na entitetskom nivou, sa jedinstvenim FZO (FZO RS) koji je odgovoran za objedinjavanje rizika, plaćanje i ugovaranje usluga sa pružaocima usluga. Mali Distrikt Brčko sa manje od 200.000 stanovnika, takođe ima Odjel za zdravstvo i zaseban FZO.

6.47 Višak zaposlenih je znatan i, zajedno sa institucionalnom fragmentacijom, predstavlja jedan od ključnih razloga za neefikasno korištenje resursa. U 2004. godini, 13 ministarstava zdravlja, FZO-a, ZJZ-a i drugih institucija u zdravstvu upošljavalo je oko 2.000 zaposlenih, odnosno 5,7

zaposlenih na 10.000 stanovnika, što je znatno više nego u većini evropskih zemalja, uključujući Holandiju (4,8) i Poljsku (0,7)¹². Dvije trećine svog tog osoblja je zaposleno na kantonalnom ili opštinskom nivou. Kao što je prikazano u nastavku teksta, plate predstavljaju čak polovinu ukupne potrošnje na zdravstvo, što istiskuje ostale neophodne rashode. Da bi se unaprijedio stepen administrativne efikasnosti i da bi se omogućilo bolje korištenje dostupnih resursa, vlasti bi trebalo da razmotre mogućnost konsolidacije i pojednostavljenja politika i administrativnih funkcija između kantona i entiteta. Takva konsolidacija mogla bi imati za cilj postizanje umjerenih nivoa broja osoblja, kao što su oni prisutni u Holandiji, na primjer, i rezultovala bi smanjenjem broja administrativnog osoblja od oko 350. Ako se kao pretpostavka uzme da je bruto mjesečna plata 1000 KM, ta mjera bi pomogla pri uštedi od oko 4,2 miliona KM godišnje.

6.48 Kao i u drugim zemljama regiona, BH ima javno vođeni sistem fondova zdravstvenog osiguranja, koji se finansira prije svega doprinosima za socijalno osiguranje koji se naplaćuju na plate. Postoji podjela između naručioca i pružaoca usluga, pri čemu zakonski aranžmani predviđaju da FZO ugovaraju pružanje usluga sa pružaocima iz javnog i privatnog sektora. U FBH, Federalni fond solidarnosti FZO koji je stvoren 2002. godine obezbjeđuje skupu tercijarnu njegu, skupe lijekove i imunizaciju, dok su kantonalni FZO odgovorni za finansiranje svih drugih nivoa zdravstvene zaštite. FZO-i nisu aktivni naručioci usluga prema ugovornim obavezama, već plaćaju zdravstvene objekte prema računima koje dostavljaju zdravstvene ustanove, sa malim stepenom kontrole nad nivoom potrošnje ili kvalitetom njege.

6.49 Fragmentacija je ograničila mogućnost objedinjavanja rizika, posebno među kantonalnim FZO, i rezultirala je neefikasnošću i različitim nivoima dostupnosti zdravstvene zaštite. Četiri kantonalna FZO imaju manje od 100.000 članova i rade sa znatno višim nivoom rizika, što ograničava dostupnost njege za osiguranike. S ciljem unapređenja efikasnosti i dostupnosti zdravstvene njege u svim kantonima, uz istovremeno smanjenje stepena finansijskog rizika koji je vezan za negativnu selekciju i moralne hazarde, preporučuje se da se funkcije kantonalnih fondova redefinišu. Vlasti bi trebalo da rade na dugoročnijem cilju transformacije kantonalnih fondova u ogranke koji prihvataju osiguranike i vrše kontrolu slučajeva, pri čemu bi se sve druge funkcije osiguranja spojile u FZO na entitetskom nivou.

Prihodi i potrošnja u zdravstvu

6.50 Doprinosi za socijalno osiguranje koje naplaćuju FZO predstavljaju glavni izvor finansiranja zdravstvene zaštite. Kao i u drugim oblastima socijalne skrbi i zaštite, međutim, zakonom propisana prava premašuju kapacitete ili spremnost za plaćanje, i zajedno sa neefikasnom potrošnjom, vrše pritisak na vanbudžetske FZO. FZO RS prima transfere od entitetske vlade i drugih vanbudžetskih fondova, od kojih većina pokriva doprinose za zdravstveno osiguranje za pojedince koji su oslobođeni plaćanja doprinosa (Tabela 6.8). Bez mogućnosti za zaduživanje, FZO su se okrenuli nagomilavanju neizmirenih obaveza, što je najviše vidljivo u RS, kao i implicitnom racionalizovanju usluga.

6.51 Nedostatak prilagođavanja pravima koja su propisana zakonom i slaba naplata doprinosa za socijalno osiguranje održavaju stope doprinosa na visokom nivou. Naplata je bila slaba zbog velikog udjela neformalne privrede, učestale evazije i znatnog obima zakonskih oslobođanja od plaćanja doprinosa. Stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje u FBH iznosi 17 posto bruto plate (4 posto plate plaća poslodavac, a ostatak zaposleni). U RS, stopa iznosi 15 posto od neto plate, što sve plaća poslodavac. Te stope su znatno više nego u drugim evropskim zemljama, uključujući Francusku (13,6

¹² Vidjeti EU, 2005, *Functional Review of the Health Sector in BH, Final Report (Funkcionalni pregled zdravstvenog sektora u BH, završni izvještaj)*.

posto bruto plate), Bugarsku (6 posto), SCG (12,3 posto) i Albaniju (3,5 posto). Osnovice za plaćanje doprinosa variraju u različitim entitetima, a za neke kategorije obveznika za plaćanje doprinosa, čak i između kantona¹³. FZO solidarnosti u FBH prima 8 posto naplate, a kantonalni FZO primaju ostatak.

Tabela 6.8. Prihodi Fonda zdravstvenog osiguranja, 2002-2004. 1/
(U milionima KM osim ako je navedeno drugačije)

	2002	2003	2004
FZO RS	182	203	205
Doprinosi	158	152	172
Transferi 2/	25	51	33
Per capita RS (U KM)	121	135	136
FZO FBH	517	546	594
Doprinosi	508	540	582
Transferi 2/	9	6	12
Per capita FBH (U KM)	222	235	255

Izvor: Godišnji izvještaji FZO FBH i RS.

1/ Isključuje kapitalne prihode i participaciju.

2/ Entitetski budžeti, fondovi penzijskog osiguranja i zavodi za zapošljavanje.

pitanje je posebno akutno u RS, gdje je znatan nivo zaostalih bolničkih obaveza povećao ukupno stanje zaostalih obaveza na 1,9 posto prilagođenog entitetskog BDP-a, što odgovara jednoj trećini potrošnje na zdravstvo u RS (Tabela 6.9). Zaostale obaveze u vidu neisplaćenih plata osoblja su relativno male, ali one dovode do motivacije za uzimanje mita. Potvrđivanje i izmirenje zaostalih neizmirenih obaveza u toku srednjoročnog perioda, kao i osiguranje da više ne dođe do nagomilavanja zaostalih obaveza, trebalo bi da budu prioriteta za vlade.

6.54 Vladina potrošnja u zdravstvu je viša od prosjeka za zemlje srednje i istočne Evrope, a među zemljama jugoistočne Evrope, niža je samo od potrošnje u Hrvatskoj.¹⁴ Na nivou od 5,4 posto prilagođenog BDP-a, vladina potrošnja je takođe iznad nivoa u Poljskoj, Slovačkoj i iznad prosjeka za jugoistočnu Evropu (Tabela 6.10). Uz to, podaci iz istraživanja ukazuju na to da su isplate *iz džepa* pacijenata iznosile oko 2 posto prilagođenog BDP-a u 2004. godini, što je više nego u Poljskoj, Mađarskoj i SCG, uz uslov da se BDP za SCG adekvatno prilagodi za učešće nepraćene privrede.

6.52 Veće stope doprinosa i veće prosječne plate rezultiraju većim per capita prihodima za FZO-e u FBH. Međutim, čak i unutar kantona postoje znatne varijacije kod prihoda per capita, što u konačnici ograničava mogućnost FZO-a u siromašnijim kantonima da obezbjeđuju adekvatnu njegu. FZO-i u FBH su gotovo u potpunosti samoodrživi, sa zanemarivim nivoom transfera iz entitetskog budžeta. FZO RS prima transfere od entitetske vlade i drugih vanbudžetskih fondova, od kojih većina pokriva doprinose za zdravstveno osiguranje za lica koja su oslobođena od plaćanja doprinosa.

6.53 Zaostale neizmirene obaveze u zdravstvenom sektoru 2004. godine su iznosile 0,9 posto prilagođenog BDP-a. To

Tabela 6.9. BH: Zaostale neizmirene obaveze u zdravstvu, 2004
(U milionima KM ako nije eksplicitno navedeno drugačije)

	RS	FBH	BH
Ukupno	104	54	158
(kao % ukupne potrošnje u zdravstvu)	31.4	6.1	13.0
(kao % BDP-a)	1.9	0.5	0.9
FZO	12	9	21
Klinički centri	0	19	19
Bolnice	75	9	84
Ostalo (Domovi zdravlja, apoteke)	17	18	35

Izvori: Vlade BH i procjene osoblja Svjetske banke.

¹³ Poljoprivredni proizvođači plaćaju dodatnih 10 posto najniže plate ili paušalni iznos u nekim od kantona. Doprinosi za zdravstveno osiguranje za penzionere isplaćuju se iz Fonda penzijskog osiguranja.

¹⁴ Odnos za SCG je predstavljen kao procenat zvaničnog BDP-a.

Tabela 6.10. Odlivi u sektoru zdravstva, izabrane zemlje, 2004
(kao procenat BDP-a)

	Javno	Privatno	Ukupno
BH			
Zvanični BDP	7.4	2.6	10.0
Prilagođeni BDP	5.7	2.0	7.7
NMS	4.7	...	...
JIE, zvanični BDP 1/	5.9	...	...
JIE; sva prilagođavanja 2/	5.0		
od čega:			
BJR Makedonija 3/	5.9	...	...
Albanija 3/	3.7	...	...
SCG 3/	5.7	2.9	8.6
Hrvatska /	6.6	2.4	9.0
Litvanija	3.8	...	...
Slovenija	6.8	...	...
Slovačka	4.4	...	...
Poljska	4.1	2.0	6.1
Irska	6.4	...	...
Malezija	2.0	3.0	4.0

Izvori: Izvještaji osoblja MMF-a i izabrani izvještaji PEIR Svjetske banke.

1/ Sve u odnosu na zvanični BDP ako nije ukazano drugačije.

2/ Vidjeti Poglavlje 1 i tabelu 2.5. Za sve zemlje prilagođavanje je različito, tako da kumulativna prilagodba za nepraćenu privredu BDP-a svake zemlje bude 30 posto praćene privrede.

3/ Ovi iznosi nisu prilagođeni

osobljem. Nemedicinsko osoblje predstavlja jednu trećinu zaposlenih u zdravstvu, što je procenat veći nego u SCG (28 posto) ili Ujedinjenom Kraljevstvu (13 posto) (Tabela 6.12).¹⁷ Odnos broja nemedicinskog osoblja na 100 zauzetih kreveta u BH iznosi do 67, što je znatno više od ciljnog nivoa od 39, koji je predviđen planom medicinske racionalizacije koji je upravo implementiran u SCG. Primjena istog odnosa u BH rezultovala bi smanjenjem nemedicinskog osoblja za 20 posto. Kada bi se to implementiralo, odlivi na plate bi bili smanjeni za 17 miliona godišnje. Dio uštede bi se iskoristio za neophodna plaćanja osoblja koje bi radilo po ugovoru, kao u Ujedinjenom Kraljevstvu i drugim zdravstvenim sistemima EU, u kojima je mnogo nemedicinskog osoblja zaposleno na ugovor, tako da se oni više ne pojavljuju kao zaposleni u javnom sektoru.

¹⁵ Vidjeti: Svjetska banka, 2003, *Poverty Assessment, Bosnia and Herzegovina (Ocjena stepena siromaštva, Bosna i Hercegovina)*.

¹⁶ Takav pregled podataka nije dostupan za RS, pošto nacionalni računi u zdravstvu nisu institucionalizovani a FZO RS ne sakuplja informacije o potrošnji u zdravstvenim ustanovama po ekonomskim kategorijama.

¹⁷ Vlada SCG je nedavno pokrenula program za dalje smanjenje udjela nezdravstvenih radnika. Vidjeti Cochrane, David, 2004, *Human Resource Strategy for Support Services (Strategije za ljudske potencijale za prateće službe)*, Završni tehnički izvještaj, Ministarstvo zdravlja, Srbija i Crna Gora.

6.55 Nejednakost kod finansiranja u zdravstvu i visoki udio direktnih plaćanja pacijenata, od čega najveći dio predstavljaju neformalne isplate, dovodi do bojazni vezanih za dostupnost njege. Neovisno od njihovog statusa osiguranja, više od 80 posto pacijenata vrši direktne isplate iz svog džepa. Potrošnja na zdravstvo u siromašnim domaćinstvima predstavlja jednu desetinu njihove ukupne potrošnje, a taj procenat pada na 5 posto za najbogatija domaćinstva.¹⁵ Neformalna plaćanja predstavljaju kršenje zakona, ali su uobičajena. Poređenje podataka iz istraživanja sa zvaničnim podacima o participaciji, pokazuje da su neformalne isplate dva ili tri puta veće od zvanično traženih participacija. Neformalne isplate predstavljaju značajnu prepreku za dostupnost njege i predstavljaju prijetnju za integritet sistema.

6.56 Plate predstavljaju oko polovine rashoda u zdravstvenoj zaštiti u FBH, a vjerovatno sličan procenat u RS.¹⁶ Kao i u drugim oblastima, veliki udio plata istiskuje investicije u kapitalna poboljšanja i održavanje (Tabela 6.11). Ono što je najvažnije je da su zdravstveni objekti izgleda pretrpani nemedicinskim

6.57 Prihodi i rashodi u zdravstvenoj zaštiti su znatni, u odnosu na BDP, ali je fiskalna održivost sistema zdravstvene zaštite daleko od osigurane. Mali stepen objedinjavanja rizika, široko prisutno izbjegavanje plaćanja doprinosa i veliki stepen oslobađanja od plaćanja doprinosa neke su od osnovnih prijetnji. Oko polovine onih koji su obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem izuzeti su od plaćanja doprinosa (Tabela 6.13).

To uključuje penzionere, nezaposlene, lica sa onesposobljenjem i borbe. Zdravstveno osiguranje za te kategorije finansira se kroz transfere iz drugih vanbudžetskih fondova (PIO za penzionere, zavod za zapošljavanje za nezaposlene) i iz opštih prihoda (za lica sa onesposobljenjem i borbe). Druge prijetnje uključuju velikodušne pakete prava i neefikasan bolnički sistem (vidjeti u nastavku teksta).

Tabela 6.11. Potrošnja u sektoru zdravstva u FBH, 2002-2004. 1/ (u milionima KM)

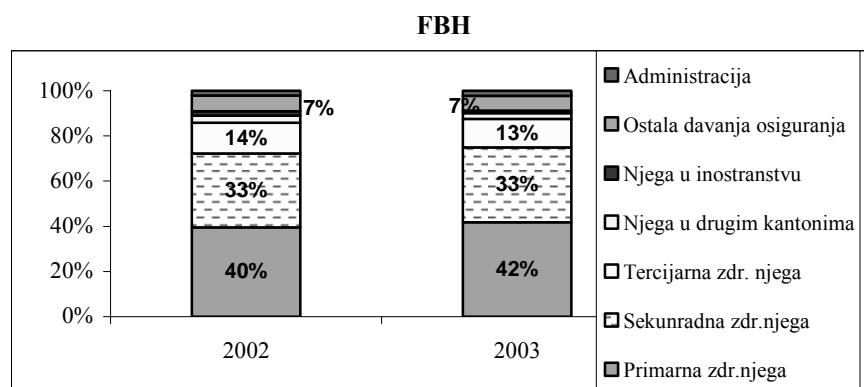
	2002	2003	2004
Ukupna potrošnja u zdravstvu	647	750	825
Plate, naknade	316	360	392
Roba, usluge	279	335	375
Transferi 2/	23	21	25
Kapitalni rashodi	29	35	33

Izvor: Izvještaji nacionalnih računa u zdravstvu FBH.

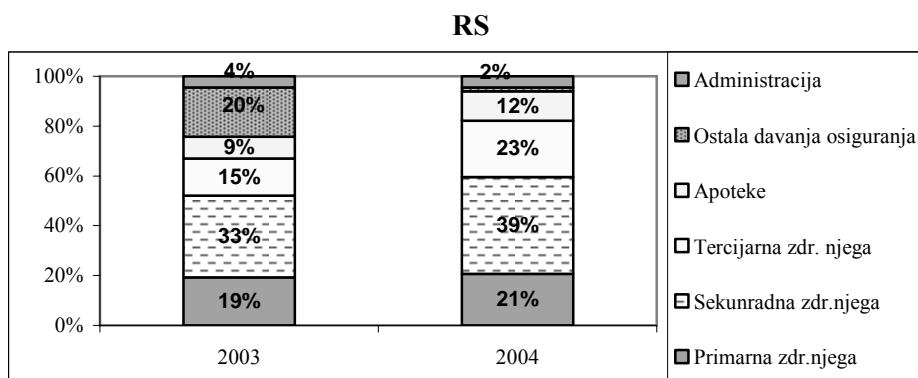
1/ Isključuje potrošnju samih pacijenata.

2/ Bolovanja i tretman u inostranstvu .

Slika 6.7. BH: Rashodi FZO po funkcionalnim kategorijama (kao procenat ukupnih rashoda)



Izvor: Godišnji izvještaji FZO-a FBH.



Izvor: Godišnji izvještaji FZO-a RS.

Tabela 6.12. BH: Broj zdravstvenih radnika, 2002 i 2004. godina
(U stvarnim iznosima ako nije eksplicitno navedeno drugačije)

	2002			2004		
	RS	FBH	BH	RS	FBH	BH
Zdravstveni radnici	7,177	15,795	22,972	7,889	15,727	23,616
Prateći radnici	4,034	7,816	11,850	3,578	7,973	11,551
Radnici u zdravstvu	11,211	23,611	34,822	11,467	23,700	35,167
Prosječna bruto plata 1/				710	719	715

Izvori: FZO i ZJZ.

1/ U KM na mjesečnom nivou.

Obezbjeđenje i iskorištenost zdravstvene njege

6.58 U toku posljednjih nekoliko godina ostvaren je napredak, ali pružanje usluga i dalje je neefikasno, što dodatno otežavaju još uvijek veliki odlivi na skuplju sekundarnu i tercijarnu njegu. Taj model je posebno naglašen u RS, gdje se tek jedna petina potrošnje odnosi na preventivnu i primarnu njegu (Slika 6.7). Suprotno tome, djelotvornija primarna i preventivna zaštita nije dovoljno naglašena. U RS, 61 posto odliva FZO odnosi se na bolničko liječenje, što je znatno više nego u FBH (49 posto), Češkoj (36 posto), Slovačkoj (35 posto) ili Mađarskoj (29 posto).¹⁸ RS takođe troši dodatnih 12 posto za tercijarnu njegu u inostranstvu (uglavnom u Srbiji), što treba uporediti sa 1 posto u FBH. Visoki udio potrošnje u RS koji se odnosi na tretman u inostranstvu zaslužuje da mu vlasti posvete dodatnu pažnju. Pravila za slanje pacijenata u inostranstvo moraju se strožije definisati i moraju se sprovesti revizije pojedinačnih slučajeva. Tretman u inostranstvu trebalo bi da se ugovara na osnovu transparentno izvršenih tendera, a ne na bazi računa bez određivanja cijena unaprijed.

Tabela 6.13. BH: Članstvo u FZO, po kategoriji upisa, 2004.
(U hiljadama, ako nije eksplicitno navedeno drugačije)

Kategorija	RS	FBH	BH	kao % svih osiguranika
Ukupni broj osiguranika	1,093	1,990	3,083	100
Obavezno plaćaju doprinose 1/ Izuzeti od plaćanja doprinosa	606	943	1,549	50
Penzioneri	237	426	663	21
Nezaposleni	204	418	622	20
Lica sa onesposobljenjima, borci	15	88	103	3
Ostali (izbjeglice, strani osiguranici)	31	115	146	5

Izvori: FZO FBH i RS i procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Uključuje zaposlene, samo zaposlene i poljoprivredne proizvođače (farmere).

Preventivna i primarna zdravstvena zaštita

6.59 Stopa iskorištenosti primarne zdravstvene njege je znatno niža nego u mnogim drugim zemljama, naročito u odnosu na susjedne Hrvatsku i SCG (Slika 6.8).¹⁹ U kombinaciji sa prevelikim brojem osoblja u zdravstvenim ustanovama, nizak stepen iskorištenosti pretvara se u nizak stepen produktivnosti. 2.099 liječnika u ustanovama primarne zdravstvene zaštite izvještavaju o normama od 18,6 pacijenata po liječniku na dan u RS i 20 u FBH.²⁰ Te brojeve treba uporediti sa 33 pregleda na dan u SAD, što

¹⁸ WHO: Zdravlje za sve, potrošnja na bolničke pacijente izražena kao % ukupne potrošnje na zdravstvo.

¹⁹ WHO: European Health for All Database (Evropska Baza podataka zdravlje za sve), <http://data.euro.who.int/hfad/>

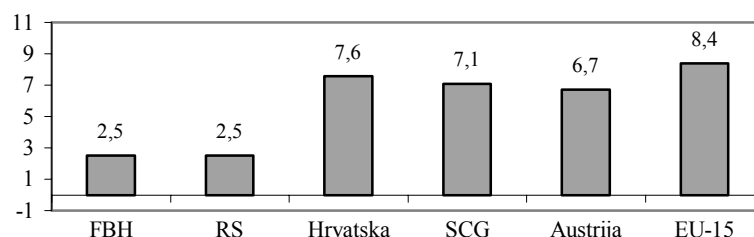
²⁰ Od 2.099 liječnika primarne zdravstvene zaštite, 857 su u RS a 1.242 u FBH.

je nivo koji se racionalno može primijeniti kao standard za kapacitete.²¹ Štaviše, liječnici primarne zdravstvene zaštite u BH rješavaju tek oko jedne polovine slučajeva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ostatak upućuju na skuplji nivo sekundarne i tercijarne njege.²² Takve upute su često nepotrebne. Napori na unapređenju preventivne njege i rješavanju velikog broja slučajeva na primarnom nivou kroz poštivanje standardnih protokola za upute trebalo bi da pomognu pri unapređenju stepena produktivnosti.

Bolnička njega

6.60 Bolnički sektor pokazuje znake znatnog stepena neefikasnosti. Broj bolnica u odnosu na broj stanovnika u BH je dva puta veći nego u drugim zemljama regiona, a naročito SCG, te efikasnijim sistemima zdravstvene njege u EU, kao što su sistemi u Švedskoj i Finskoj (Tabele 6.14 i 6.15).²³ Znatna broj bolnica su suviše male da mogu da ostvaruju uštede na većim količinama i osigura efikasnost, a mnoge od njih služe oblastima koje su suviše male da osiguraju efikasno korištenje objekta. BH, a posebno FBH, ima više bolničkih kreveta u odnosu na broj stanovnika od mnogih drugih zemalja sa niskim srednjim nivoom dohotka, kao i od nekih efikasnijih zemalja EU. Da bi se dostigli nivoi broja kreveta Švedske i Finske, BH bi morala da zatvori 3.666 kreveta (526 u RS i 3.140 u FBH), kao i da na odgovarajući način prilagodi infrastrukturu. Takvo restrukturiranje kreveta i objekata zahtjeva strategiju racionalizacije zdravstvenog sektora, znatan stepen jačanja sistema primarne zaštite i prelazak na operacije u sklopu ambulantne njege.

Slika 6.8. Godišnje stope kontakta sa pacijentima u ambulantom liječenju, izabrane zemlje



Izvor: WHO i kalkulacije osoblja Svjetske banke.

6.61 Stanje ljudskih kapaciteta u bolnicama treba da se racionalizuje.

Iako je prosječni broj liječnika u odnosu na broj stanovnika sličan kao i u drugim zemljama, liječnici u BH izvještavaju o ekstremno niskom stepenu produktivnosti, sa prosjekom od 1,7 pacijenata koji se otpuste sa liječenja po liječniku sedmično. To bi moglo da ukazuje da liječnici troše znatan dio vremena radeći u privatnoj praksi, dok su na platnim listama u javnom sektoru. Povećanja broja pacijenata na umjereno viši nivo od 2,2 pacijenta koji se otpuste sa

Tabela 6.14. Broj kreveta i ljekara, izabrane zemlje, 2003.

	RS	FBH	BH	Finska	Meksiko	LMIC 1/
Kreveti 2/	258	358	319	228	110	225
Liječnici 3/	1.18	1.62	1.45	2.6	1.5	1.75

Izvori: Entitetski ZJZ i FZO i WHO.

1/ Zemlje sa srednjim i nižim nivoom dohotka, prema klasifikaciji Svjetske banke.

2/ Na 100.000 stanovnika.

3/ Na 10.000 stanovnika.

²¹ U SAD, norma za puni kapacitet za liječnike primarne zdravstvene zaštite iznosi 33 pregleda dnevno. Vidjeti: US Department for Health and Human Services, <http://bphc.hrsa.gov/>

²² Cain, J. et al, 2002, *Healthcare Systems in Transition: Bosnia and Herzegovina (Zdravstveni sistemi u tranziciji: Bosna i Hercegovina)*, European Observatory on Healthcare Systems (Evropski pregled zdravstvenih sistema), 4(7), <http://www.euro.who.int/document/E78673.pdf>

²³ Poređenje sa drugim zemljama bivše Jugoslavije je korisno, ali mnoge od tih zemalja tek treba da izvrše svoje reforme u zdravstvenom sektoru, uključujući racionalizaciju bolničkog sektora.

liječenja po liječniku sedmično moglo bi da dovede do smanjenja broja liječnika koji rade u bolnicama za 766 (118 liječnika u RS i 648 u FBH). Ako se kao pretpostavka uzme da je bruto prosječna plata 1.050 KM mjesečno, to bi rezultovalo godišnjim uštedama od 9,7 miliona KM. Za razvoj strategije ljudskih potencijala i racionalizaciju odnosa zaposlenih u bolnicama neophodna je daljnja analiza.

6.62 S ciljem unapređenja produktivnosti bolnica, prosječna dužina bolničkog liječenja bi trebalo da se skрати, stopa zauzetosti kreveta bi trebalo da se poveća, a broj kreveta bi trebalo da se smanji.

Bolnice u BH izvještavaju o relativno niskim stopama prijema i zauzetosti kapaciteta, ali o znatno dužim prosječnim periodima liječenja, što ukazuje na činjenicu da se pacijenti drže u bolnicama duže nego što je potrebno (Tabela 6.16). Prosječna dužina liječenja u bolnicama može se smanjiti kroz unapređenje upravljanja prijemom, omogućavanja ranijeg otpusta i jačanje koordinacije između nivoa pružalaca usluga, uključujući i koordinaciju ambulantnog i bolničkog liječenja.

Tabela 6.15. Pružaoci usluga u javnom zdravstvenom sektoru, 2004. godina

	RS	FBH	Brčko	BH	Gustina 1/
Ukupno	162	193	5	360	9,5
Bolnice	18	17	1	36	0,9
DZ/Banje	63	89	3	155	4,1
Apoteke	80	62		142	3,7
Ostalo		14		14	0,4

Izvori: Ministarstva zdravlja, ZJZ i FZO

6.63 Nedostatak centralizovanog planiranja za skupu tercijarnu njegu i medicinsku tehnologiju (MT) rezultira neefikasnošću i neravnopravnošću u obezbjeđenju i dostupnosti MT.

Investicije u skupu medicinsku opremu vrše se u različitim bolnicama unutar BH, što rezultuje poduplavanjem i nedovoljnim brojem pacijenata, što ima negativne implikacije na djelotvorno korištenje takvih investicija, kvalitet njege i bezbjednost pacijenata. Relativno nizak nivo proizvodnje po tretmanu po bolnici rezultira visokim troškovima po tretmanu, što plaćaju i FZO i pacijent, neefikasnim korištenjem kapaciteta i neiskorištenim resursima. Pošto je MT osnovna odrednica troškova zdravstvene zaštite širom svijeta, kontrolisanje troškova i osiguravanje bezbjednosti pacijenata zahtijevalo bi da vlasti konsoliduju skupu MT u jednu ili dvije tercijarne bolnice i osiguraju efikasan sistem uputa.

Tabela 6.16. Produktivnost bolnica, izabrane zemlje

	BH Hrvatska	FJRM	SCG	Finska	EU-15	
ALOS 1/	10,4	11,2	11,8	11,0	4,3	7,5
% kreveta koji su zauzeti	71	90	54	69	75	73

1/ Prosječna dužina bolničkog liječenja

Privatna zdravstvena njega

6.64 Ne postoji nikakav nadzor, regulacija ili sakupljanje informacija o zdravstvenoj njezi koji pružaju privatne prakse (Tabela 6.17).

Privatni pružaoci usluga se registruju, ali nisu regulisani ili podložni inspekciji kvaliteta. Iako sektor privatne njege nije obuhvaćen javnim zdravstvenim osiguranjem, veliki i rastući broj privatnih pružalaca usluga, u kombinaciji sa niskim stopama iskorištenosti u javnim objektima, ukazuje na to da znatan dio stanovništva koristi privatne pružaoce usluga.

Tabela 6.17. Registrovani privatni pružaoci usluga, 2004. godina

	RS	FBH	Ukupno
Ukupno	537	776	1.313
Apoteke	162	193	355
Veledrogerije	45	46	91
Klinike (registrovane)	330	537	867

Izvori: Ministarstva zdravlja, ZJZ i FZO.

Izgleda da privatni sektor nudi kombinaciju boljih usluga i kratkog vremena čekanja, ili iskorištava upute liječnika iz javnog sektora, koji pacijente upućuju u svoje privatne objekte.

Nabavke lijekova

6.65 Neefikasnosti u potrošnji na zdravstvenu zaštitu dodatno se ilustruju fragmentiranim procesom nabavke lijekova. Većina lijekova se uvozi, pri čemu je 91 veledrogerija u BH uključena u taj proces. U FBH, fond zdravstvene solidarnosti nabavlja sve skupe lijekove, dok kantonalni FZO nabavljaju druge lijekove. Svaki od 13 FZO u BH ima svoja pravila za nabavku lijekova, svoje procedure i pozitivne liste. Imajući u vidu male količine, decentralizovana nabavka rezultuje znatno većim cijenama, pri čemu su cijene često znatno različite u različitim kantonima ili entitetima. Neki kantonalni FZO su suviše siromašni da uključe i umjereno inovativne lijekove na svoje liste.²⁴ Pružaoci usluga u siromašnijim kantonima, štaviše, često štede lijekove, favorizirajući pacijente koji su u mogućnosti da neformalno plaćaju. Vlada se savjetuje da prati dobre prakse koje su uspostavljene u Tuzlanskom kantonu i da osigura transparentnu i djelotvornu nabavku na centralnom nivou sa jedinstvenom pozitivnom listom, kako bi se kvalitetni lijekovi nudili svim pacijentima u BH.

6.66 Nejednaka dostupnost lijekova naglašena je postojećim neefikasnim sistemom za određivanje cijena i nabavke, koji u kombinaciji rezultuju nedostatkom transparentnosti i povećanim rizikom od korupcije. RS koristi sistem referentnih cijena zasnovan na cijeni generičkih lijekova za definisanje prodajnih cijena za lijekove čiju cijenu nadoknađuje FZO. Apoteke prodaju lijekove po cijeni koja je tri puta iznad cijena koje predlaže Ministarstvo zdravlja.²⁵ U FBH cijene lijekova nisu regulisane, već se određuju na netransparentan način pri čemu u svakom kantonu postoje proizvođači i veledrogerije sa preferencijalnim statusom. Troškovi vezani za neefikasno određivanje cijena i nabavke prenose se na pacijente, pri čemu participacije za iste lijekove variraju između 25 i 100 posto cijena lijekova između različitih kantona i entiteta. U 2004. godini, privatne uplate participacije za lijekove finansirale su barem jednu trećinu ukupne potrošnje na lijekove (Tabela 6.18).

Tabela 6.18. Procjenjeni rashodi na lijekove, 2004. godina 1/
(U milionima KM ako nije eksplicitno navedeno drugačije)

Ishodi u zdravstvu

6.67 Od kraja rata postignut je znatan stepen napretka, ali određeni pokazatelji zdravlja i dalje izazivaju bojazni.

Mortalitet novorođenčadi je viši nego u Hrvatskoj, Srbiji i Crnoj Gori i većini zemalja srednje i istočne Evrope. Incidenca tuberkuloze je iznad nivoa o kojima se izvještava u susjednim zemljama i četiri puta je veća od

prosjeka za EU. Onesposobljenja, post-traumatski stres, depresija i hronične bolesti, uključujući visok krvni pritisak, artritis i dijabetes imaju visok rang na ljestvici bolesti koje predstavljaju teret. Učestalost kardio-vaskularnih bolesti, moždanog udara i raka povećana je iznad prosjeka za Evropu. Rak je jedan od vodećih uzroka smrti, a rak pluća je vodeći uzrok smrti od raka, pri čemu BH, prema izvještajima, ima

	RS	FBH	BH
Ukupni rashodi na lijekove	44	136	180
(kao % potrošnje u zdravstvu) 2/	13	15	15
FZO ka apotekama	24	94	118
Bolnički i ambulantni pacijenti	20	42	62

Izvori: Vlasti BH i kalkulacije osoblja Svjetske banke.

1/ Uključuje isplate FZO-a i stanovništva. Isplate FZO-a za lijekove u zdravstvenim ustanovama nisu uključene.

2/ Entiteta ili BH ukupno.

²⁴ Vidjeti: Andreas Seiter, 2005, *The Pharmaceutical Sector in Bosnia and Herzegovina (Farmaceutski sektor u Bosni i Hercegovini)*, Svjetska banka.

²⁵ To je zbog kumulativnih veleprodajnih marži, pošto veledrogerije prodaju lijekove između sebe, naplaćujući maržu za svaku transakciju.

najveće stope mortaliteta od raka pluća među zemljama ECA.²⁶ Nesreće i ozljede su visoko učestale i izgleda da se njihova učestalost povećava (Tabela 6.19).

6.68 Starenje stanovništva donosi nove zahtjeve koji se postavljaju pred zdravstveni sistem. Procjenjuje se da je oko 11 posto stanovništva starije od 65 godina, što je povećanje sa 6,4 posto 1991. godine. Zajedno sa starenjem, incidenca hroničnih bolesti takođe je porasla, uključujući visok krvni pritisak, artritis i dijabetes.²⁷ kardio-vaskularne bolesti, moždani udari i rak pokazuju oštar porast, i na nivoima su koji premašuju evropske prosjeke.²⁸ Te bolesti predstavljaju vodeće uzroke smrti.

6.69 Mnogo još ostaje da se uradi kako bi se unaprijedilo zdravlje stanovništva. Mjere vezane za politike moraju se usmjeriti na omogućavanje dostupnosti kvalitetne njege za grupe sa niskim dohotkom,, implementaciju djelotvornih mjera preventivne zaštite s ciljem kontrolisanja incidence bolesti koje donose visoke troškove (rak i srčane bolesti), kao i racionalno korištenje sekundarne i tercijarne njege.

Tabela 6.19. Zdravstveni pokazatelji za izabrane zemlje, 2002. godina

	BH	Hrvatska	Bugarska	Estonija	niski i srednji dohodak
Rast broja stanovnika (u %)	1.3	0.1	-0.5	-0.4	1.3
Stopa plodnosti (broj poroda u odnosu na broj žena)	1.3	1.5	1.2	1.4	2.1
Očekivana dužina života u vrijeme rađanja, muškarci (godina)	71.0	69.0	68.0	65.0	69.2
Broj smrtnih slučajeva majki pri porođaju (na 100.000 živorođene djece)	31.0	10.0	5.8	7.7	
Mortalitet djece (na 1.000 živorođene djece)	14.0	6.0	14.0	9.0	31.4
Imunizacija, ospice (u %)	89.0	95.0	92.0	95.0	75.0
Incidenca tuberkuloze (na 100.000)	56.1	44.4	44.2	56.0	161.3

Izvori: Svjetska banka: HNP statistike; i WHO.

Zdravstvo: Preporuke

6.70 Sadašnja organizacija, finansiranje i funkcionisanje zdravstvenog sektora ne doprinose postizanju opštih ciljeva zdravstvene politike vlade. U odnosu na zemlje sa sličnim nivoima dohotka, BH troši više na zdravstvenu zaštitu, izvještaji govore o nižem stepenu iskorištenosti i produktivnosti, kao i slabijim ishodom zdravstvene zaštite. Sljedeće preporuke zasnovane su na analizi iz ovog poglavlja.

Reforma zdravstvenog osiguranja

- **Razmotriti argumentaciju za obezbjeđivanje besplatnog zdravstvenog osiguranja raseljenim licima i izbjeglicama i ograničavanje besplatnog zdravstvenog osiguranja samo na borce sa visokim stepenom onesposobljenja.**

- **Razmotriti prenos naplate i kontrole doprinosa za zdravstveno osiguranje barem na entitetski nivo, s ciljem pomaganja pri unapređenju naplate doprinosa.**

²⁶ BH je takođe vodeća zemlja potrošač cigareta u Evropi, pri čemu podaci iz istraživanja ukazuju na to da 48 posto stanovništva puši. Procjene iz zemalja sa višim stepenom dohotka ukazuju da je pušenje odgovorno za 6-15 posto ukupnih troškova zdravstva, a procjene za BH su vjerovatno na višem dijelu tog intervala.

²⁷ LSMS talas 4, 2004.

²⁸ Vidjeti WHO: Atlas of Health in Europe 2003 (Atlas zdravstva u Evropi); Zavodi za javno zdravstvo (FBH i RS): Godišnje zdravstvene statistike za 2003. godinu.

- **Objediniti rizik osiguranja vezan za bolničku i farmaceutsku zaštitu, barem na entitetskom nivou.** Nakon toga, u FBH, centralizovati osnovne funkcije osiguranja, uključujući prikupljanje doprinosa, ugovaranje i nabavke na entitetskom nivou i harmonizovati funkcionisanje kantonalnih fondova.

- **Osigurati prenosivost osiguranja i zajednički paket prava barem na entitetskom nivou.**

Unapređenje upravljanja

- **Raditi na smanjivanju stepena fragmentacije i poduplavanja funkcija. Razmotriti konsolidaciju zdravstvenih funkcija na entitetskom nivou,** uključujući politike i strategije, planiranje, finansiranje, te regulaciju javnog i privatnog sektora. Smanjiti broj osoblja u administraciji zdravstvene zaštite, uključujući ministarstva zdravlja i zavode za javno zdravstvo.

- **Institucionalizovani nacionalne račune u zdravstvu (National Health Accounts, NHA) s ciljem osiguravanja obezbjeđenja standardizovanih i pravovremenih informacija koje su potrebne za razvoj i praćenje politika.**

- **Usvojiti i sprovesti jasna pravila koja regulišu privatni sektor, uključujući korištenje javnih resursa za privatnu praksu i upućivanje iz javnih u privatne prakse.**

- **Evaluirati i ocijeniti situaciju vezanu za zaostale neizmirene obaveze i pooštriti politike s ciljem sprječavanja nove akumulacije zaostalih neizmirenih obaveza.**

Napredak u racionalizaciji bolničkog sistema

- **Izvršiti restrukturiranje i racionalizaciju bolničke njege i izraditi mreže njege sa modelima upućivanja s ciljem osiguravanja jednake dostupnosti isplativim i visoko kvalitetnim uslugama.** Smanjiti broj kreveta i implementirati standarde s ciljem podrške pri smanjenju prosječne dužine boravka u bolnicama. Planirati broj bolnica na entitetskom nivou, a za tercijarnu njegu na državnom nivou, s ciljem efikasnog pokrivanja 2,5–3 miliona stanovnika.²⁹

- **Ograničiti skupe procedure na nekoliko bolnica i reorganizovati njegu ka ambulatnoj i/ili dnevnoj njezi.**

- **Oснаžiti pružaoce primarne zdravstvene njege, koji su „stražari na vratima“ bolničkog sistema, i osigurati efikasno upućivanje.**

- **Postići napredak u racionalizaciji bolničkog sistema i smanjiti broj osoblja kako bi on bio usklađeniji sa stepenom korištenja zdravstvenih objekata.**

²⁹ Howard Lyons and Robert Tinston, 2003, London International Healthcare Ltd.: Preparation for a Masterplan (Priprema za masterplan).

Racionalizacija nabavke lijekova

- **Podržati stvaranje centralne agencije za lijekove koja bi bila zadužena za kontrolu kvaliteta, pozitivnu listu i određivanje cijena.**
- **Ograničiti povrat troškova za neinovativne lijekove na najjeftinije generičke ekvivalente.**
- **Za nove lijekove, razmotriti ograničavanje naknade troškova na najjeftinije ekvivalentne tretmane s ciljem zadržavanja potrošnje na nove lijekove pod kontrolom prilikom ulaska na tržište.**
- **Centralizacija nabavke lijekova barem na entitetskom nivou i kupovina svih generičkih i bolničkih lijekova na konkurentnim tenderima.**
- **Usvajanje transparentne legislative o apotekama.**

Unapređenje stepena efikasnosti i ravnopravnosti kod dostupnosti zdravstvene zaštite

- **Povećati naglasak na preventivnu medicinu** (tj. preventivni pregledi za utvrđivanje raka, preventivni pregledi za utvrđivanje hipertenzije, prevencija dijabetesa, prestanak pušenja, briga o mentalnom zdravlju itd.) **s ciljem smanjenja incidence skupih oboljenja.** Prevencija pušenja je među najisplativijim zdravstvenim intervencijama.³⁰
- **Naplaćivati adekvatan nivo participacije za tretmane u inostranstvu, na osnovu socio-ekonomske pozadine pacijenta.**
- **Usmjeravati usluge kao što su imunizacija, prevencija tuberkuloze i respiratornih infekcija, te njega za reproduktivno zdravlje, na grupe sa niskim dohotkom.**
- **Zauzimanje agresivnog stava protiv osoblja koje prima neformalne isplate (mito) od pacijenata.**

³⁰ Gallus et al, 2003, *Price and consumption of tobacco in Italy over the last three decades (Cijena i potrošnja duhana u Italiji u toku posljednje tri dekade)*; European Journal of Cancer Prevention (Evropski žurnal za prevenciju raka), 12(4):333-337.

E. SOCIJALNI PROGRAMI FINANSIRANI IZ OPŠTIH PRIHODA

6.71. Socijalni transferi u BH koji nisu zasnovani na osiguranju su visoki po međunarodnim standardima i imaju samo skroman uticaj na smanjivanje stepena siromaštva. Socijalni transferi koji se finansiraju iz opštih prihoda iznose do 4 posto BDP-a u BH, pri čemu boračka davanja predstavljaju oko dvije trećine ukupnog iznosa (Tabela 6.20 i Slika 6.9). Za razliku od drugih zemalja, samo mali dio transfera koji se finansiraju iz opštih prihoda su transferi koji se daju licima sa dohotkom ispod određenog limita (imovinski cenzus) s ciljem obezbjeđenja mreže sigurnosti za najugroženije grupe. Budžeti predviđaju da će se gotovinski transferi pojedincima dodatno povećati u 2006. godini, posebno u FBH, zbog nastavka umnožavanja i širenja davanja.

Tabela 6.20. BH: Potrošnja na gotovinske transfere koji se finansiraju iz opštih prihoda, 2002-
(U milionima KM i u procentima BDP-a)

	2002		2003		2004		2005	
	U milionima KM	U % BDP-a	U milionima KM	U % BDP-a	U milionima KM	U % BDP-a	U milionima KM	U % BDP-a
FBH	472	4.5	480	4.3	474	4.0	481	4.3
Dječija zaštita	31	0.3	47	0.4	48	0.4	38	0.3
Socijalna pomoć 1/	61	0.6	66	0.6	68	0.6	71	0.6
Boračka davanja	331	3.2	316	2.8	318	2.7	334	3.0
Davanja za izbjeglice	48	0.5	51	0.5	40	0.3	38	0.3
RS	137	2.9	164	3.4	180	3.7	170	3.5
Dječija zaštita	21	0.4	16	0.3	21	0.4	25	0.5
Socijalna pomoć 1/	9	0.2	12	0.3	14	0.3	10	0.2
Boračka davanja	85	1.8	112	2.3	117	2.4	114	2.4
Davanja za izbjeglice	22	0.5	24	0.5	28	0.6	20	0.4
Ukupno za BH	608	4.0	644	4.0	655	3.7	651	3.5

Izvori: Vlade BH i procjene osoblja Svjetske banke.

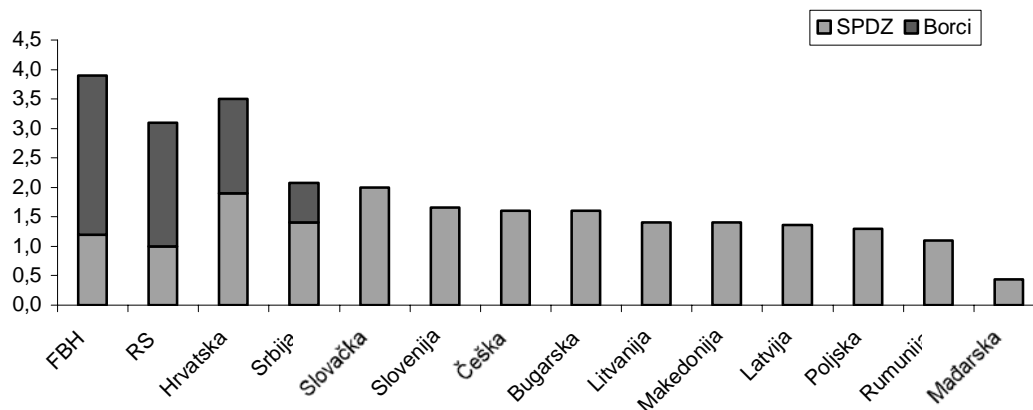
E.1 BORAČKA DAVANJA

6.72. Boračka prava su slična u oba entiteta, obuhvatajući invalidnine za ratne vojne invalide i porodična davanja za članove porodica palih boraca. Borci sa onesposobljenjem takođe se mogu kvalifikovati za dodatak za njegu i pomoć drugog lica i za ortopedski dodatak. Najveći dio tih davanja finansira se iz Ministarstva boračke zaštite u FBH i Ministarstva rada i boračko-invalidske zaštite u RS. Kantoni i opštine u FBH i opštine u RS finansiraju dodatna prava. Entitetska ministarstva su organizaciono odvojena od ministarstava socijalne skrbi i njihovih administrativnih struktura na entitetskom i pod-entitetskom nivou, kao što su centri za socijalni rad koji administriraju većinu drugih socijalnih davanja.

6.73. Imajući u vidu da više od polovine korisnika u programima boračke zaštite predstavlja članove porodica palih boraca, ti programi bi se adekvatnije definisali kao planovi za porodice

palih boraca i lica sa onesposobljenjem. U RS, 41.000 članova porodica i 39.000 ratnih vojnih invalida je 2005. godine primalo davanja. U FBH je taj odnos još upadljiviji, sa više od 51.000 porodičnih korisnika i 44.000 ratnih vojnih invalida. Porodični korisnici uključuju najužu porodicu (supružnika i djecu) i širu porodicu (roditelje, braću i sestre i bake i djedove).

Slika 6.9. Potrošnja na socijalnu pomoć u izabranim zemljama 1/ (u % BDP-a)

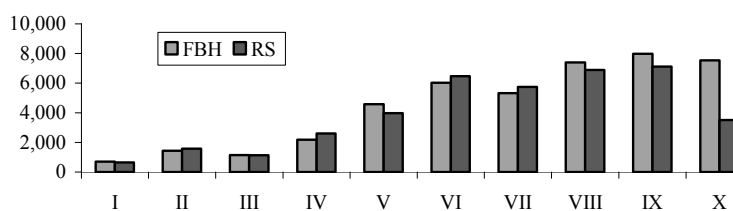


Izvori: Vlade BH i procjene osoblja Svjetske banke.

1/ Podaci za BH i Hrvatsku odnose se na 2004. godinu, a za Rumuniju na 2002. godinu. Kalkulacije za BiH odnose se na prilagođeni BDP. Iznosi za RS uključuju odlive na dječiju zaštitu, koji se takođe finansiraju od doprinosa za socijalno osiguranje.

6.74. Bez obzira na određeno skorije pooštavanje uslova za podobnost korisnika davanja, boračka davanja nisu zasnovana na potrebama. Novije reforme rezultovale su određenim stepenom preraspodjele potrošnje na borce sa višim stepenom onesposobljenja, ali za razliku od drugih sistema za lica sa onesposobljenjem u BH i drugdje, boračke invalidnine nisu ograničene na one koji imaju stepen onesposobljenja od 50 posto ili više. Davanja se dodjeljuju na osnovu funkcionalnog onesposobljenja, a ne na osnovu nesposobnosti za rad, a sistemom i dalje dominiraju korisnici sa relativno niskim nivoima onesposobljenja, iz kategorija od VII do X (Slika 6.10). Štaviše, FBH je nedavno uvela dodatni sistem koji dodjeljuje davanja nosiocima ratnih priznanja, bez obzira na to da su lica sa onesposobljenjem ili ne. U FBH, novi Zakon o zaštiti boraca propisuje da nivoi davanja za roditelje palih boraca koji su bili u braku zavise od njihovog dohotka, ali da prihvatljivost za tu vrstu davanja ne ovisi o tome. Prema novom zakonu u RS, nivoi davanja mogu se smanjiti za 50 posto za one korisnike čiji je godišnji neto dohodak više nego dva puta viši od prosječne

Slika 6.10. BH: Korisnici boračkih davanja po kategoriji, 2004.



Izvori: Entitetska ministarstva za boračka pitanja.

godišnje plate u RS. Međutim, postoji znatan prostor za bolje usaglašavanje prihvatljivosti korisnika boračkih davanja sa primanjem drugih davanja socijalne zaštite i dohotkom od plata.

6.75. Postoji znatan prostor za “dvostruko korištenje.” Korisnici boračkih invalidnina mogu se kvalifikovati ili za invalidske penzije u sklopu sistema socijalnog osiguranja, ili za starosne penzije, uz uslov da zadovoljavaju zahtjeve vezane za staž osiguranja. Slično tome, porodice palih boraca mogu se kvalifikovati za boračka davanja za porodice palih boraca, i za penzije koje se finansiraju iz socijalnog osiguranja. Vlasti bi dobro postupile kada bi prihvatile savjet da ograniče prostor za dvostruko korištenje kroz otežavanje primanja više od jednog socijalnog davanja. Na primjer, od boraca sa onesposobljenjem i korisnika iz porodica palih boraca koji se sada kvalifikuju za boračka davanja, starosne ili invalidske penzije, moglo bi se zahtijevati da izaberu ili penziju finansiranu iz socijalnog osiguranja ili boračka davanja. Slično tome, od primalaca invalidnina (borci, civilne žrtve rata i lica sa onesposobljenjem nevezanim za rat) koji se takođe kvalifikuju za invalidske penzije moglo bi se zahtijevati da izaberu između dva davanja. Inicijalne procjene pokazuju da bi ograničavanje boračkih davanja na one roditelje i bake i djedove palih boraca koji se ne kvalifikuju za starosne penzije moglo da dovede do ušteda od oko 30 miliona godišnje u FBH i 10 miliona godišnje u RS.

6.76. Boračka davanja su visoka u odnosu na druga davanja za lica sa onesposobljenjem, penzije i prosječne plate. Prosječan nivo boračkih davanja je pet puta iznad prosječnih isplata za civilne žrtve rata ili prosječnog nivoa invalidnina u FBH, a 60 posto u RS. Davanja za prvih pet kategorija invaliditeta su veća od prosječnih plata u oba entiteta. Na primjer, isplate za onesposobljene borce iz kategorije I u oba entiteta iznose oko tri puta više od prosječne plate. Za razliku od toga, davanja na drugom kraju spektra davanja za onesposobljenje su niska, što ukazuje na to da ta davanja u većoj mjeri igraju ulogu priznavanja boračkog statusa, nego znatnog stepena podrške dohotku. Zbog velikog broja korisnika sa niskim nivoom onesposobljenja, čak i ta niska davanja rezultuju znatnim odlivima.

Boračka davanja: Preporuke

- **Unaprijediti usmjerenja boračkih programa na najugroženije, uz ostvarivanje ušteda s ciljem smanjenja visokih ukupnih nivoa rashoda za socijalne transfere koji se finansiraju iz opštih prihoda i s ciljem preraspodjele resursa na osnovnu mrežu socijalne sigurnosti.**

- **Ograničiti boračke invalidnine na kategorije onesposobljenja od I do VI. Eliminirati prihvatljivost korisnika invalidnina za borce iz kategorija onesposobljenja od VII do X, kako bi se prihvatljivost kategorija onesposobljenja za isplatu invalidnina uskladila sa onom koja se odnosi na civilne žrtve rata, ostale invalidnine i sa međunarodnom praksom.** Uštede koje bi se postigle kroz takvu mjeru mogle bi iznositi do 20 miliona KM godišnje u FBH i 10 miliona KM godišnje u RS.

- **Suzdržati se od implementacije sistema davanja za nosioce odlikovanja u FBH. Procjenjuje se da uvođenje tih davanja košta od 18 do 20 miliona KM, što je trošak koji je teško odbranljiv u situaciji u kojoj davanja za one koji su najugroženiji nisu finansirana.**

- **Prilagoditi nivoe davanja za borce i porodice palih boraca nadalje, kako bi se ona u većoj mjeri uskladila sa invalidninama za civilne žrtve rata i invalidninama za lica sa onesposobljenjem nevezanim za rat.** Postoje dvije opcije: ili propisati niže nivoe davanja ili koristiti sistem racionalizacije davanja koji je predviđen u zakonima o boračkim davanjima u oba entiteta.

- **Spriječiti “dvostruko korištenje davanja” za sve korisnike time što bi se davanja međusobno isključivala.**

- **Revidirati pravilnike za ocjenu nivoa onesposobljenja kako bi se omogućilo da se u većoj mjeri razmatra sposobnost za rad, te stvoriti jedinstveni sistem ocjene i administracije za sve invalidnine.** Pooštriti uslove za podobnost korisnika za davanja, posebno u nižim kategorijama onesposobljenja. Uvođenje objedinjenih pravilnika za ocjenu stepena onesposobljenja i za borce i za civile moglo bi predstavljati priliku za uvođenje limita za podobnost korisnika invalidnina na ona lica sa onesposobljenjem iznad 50 posto (u ovom trenutku, onesposobljeni borci imaju prava na davanja ako imaju stepen onesposobljenja iznad 20 posto).

- **Prekinuti dodatne kantonalne i opštinske boračke programe koji u najčešćem slučaju nisu usmjereni prema potrebama, kao što su besplatan transport, stimulacije za zapošljavanje i programi stambenog zbrinjavanja.** U ovom trenutku, kantoni i opštine nastavljaju da obezbjeđuju u znatnoj mjeri subvencionirano stanovanje borcima, bez verifikacije njihovog statusa u odnosu na zaposlenost ili potrebe.

E.2. DAVANJA ZA SOCIJALNU SKRB I DJEČIJU ZAŠTITU

6.77. Sistem socijalne pomoći i dječije zaštite (SPDZ) u BH i dalje je nedovoljno razvijen, pri čemu je potrošnja u odnosu na BDP niža nego u gotovo svim zemljama šireg regiona. BH ima znatno višu incidencu siromaštva od NMS u prosjeku, ali odlivi na SPDZ su 2005. godine iznosili do 0,9 posto BDP-a, što je nivo koji je gotovo za pola niži od prosječnog nivoa među NMS. Štaviše, najveći dio rashoda odražavao je odlive za dječiju zaštitu u RS i Kantonu Sarajevo, te za socijalnu pomoć u Kantonu Sarajevo.

6.78. Decentralizovani mehanizmi za finansiranje rezultiraju znatnim neujednačenostima kod obuhvata između regiona, pri čemu siromašnije lokacije obezbjeđuju najniži stepen usluga (Tabela 6.21). U situaciji koju karakterišu ograničenja resursa, kriterijumi za prihvatljivost korisnika su za većinu davanja *ad hoc*, pošto lokalne kancelarije za socijalnu zaštitu koriste slobodno odlučivanje pri racionalizaciji dostupnih resursa. Jedini izuzetak na koji vrijedi ukazati je sistem dječije zaštite u RS. Taj sistem se finansira na centralnom nivou, iz doprinosa koji se naplaćuju na fond plata i administrira ga polu-autonoma institucija, Fond dječije zaštite, iako se podobnost korisnika određuje na lokalnom nivou, u centrima za socijalni rad.

6.79. Sistem socijalne pomoći i dječije zaštite je nedovoljno finansiran, ali postoje mnogi loše koordinirani programi sa znatnim prostorom za “dvostruko korištenje.” U RS, sistem socijalne

Tabela 6.21. BH: Korisnici programa socijalne skrbi i dječije zaštite, 2004. godina

Tip davanja	FBH	RS
A. Socijalna pomoć		
Stalna socijalna pomoć	12,967	6,177
Korisnici		4,170
Zadovoljavaju ali ne primaju		2,007
Dodatak za njegu drugog lica	13,649	5,540
Korisnici		2,904
Zadovoljavaju ali ne primaju		2,636
Jednokratna pomoć	10,318	12,023
Transfer za njegu porodice	n/a	762
Transfer za rezidencijalnu njegu	n/a	984
RS		794
FBH		190
Zdravstveno osiguranje	n/a	6,568
Ostala davanja	n/a	5,601
Ukupno	36,934	37,655
B. Dječija zaštita		
Porodiljska naknada	11,226	4,414
Za zaposlene majke	2,980	1,266
Za nezaposlene majke	8,246	3,148
Dodatak za dojenje	n/a	11,290
Dječiji dodatak	39,933	24,504
Programi za razvoj djece	n/a	1,634
Predškolsko	n/a	3,141
C. Civilne žrtve rata		
	6,789	3,483

Izvori: Vlade RS i FBH; Fond dječije zaštite RS; kantonalna ministarstva; te EPPU.

zaštite predviđa isplatu dječijeg dodatka u zavisnosti od nivoa dohotka i broja djece. Dodatna davanja u RS uključuju: grant nakon rođenja djeteta; porodijska davanja i pomoć nezaposlenim majkama male djece; materijalnu pomoć za novorođenčad i dodatke za ishranu novorođenčadi i njihovih majki; gotovinske isplate socijalne pomoći uslovljene nivoom dohotka i nesposobnošću za rad; dodatak za njegu i pomoć drugog lica za lica sa onesposobljenjima kojima je potrebna njega u kući; jednokratnu socijalnu pomoć; smještaj u institucijama socijalne skrbi ili hraniteljskim porodicama; zdravstveno osiguranje za korisnike socijalne pomoći; te invalidnine za civilne žrtve rata sa nivoom onesposobljenosti od više od 50 posto. U FBH, legislativa na entitetskom nivou predviđa ista davanja, iako je finansiranje i definisanje implementacije ostavljeno kantonima, što rezultuje time da se mnoga od tih davanja isplaćuju samo sporadično i da nisu uopšte dostupna u siromašnijim kantonima i opštinama. Kanton Sarajevo, sa druge strane, ima širok sistem davanja, koji uključuje nadoknade za cijene i dodatke za komunalne troškove, iz davanja pomenuta u prethodnom dijelu teksta. FBH je nedavno takođe usvojila legislativu za obezbjeđivanje invalidnina finansiranih sa entitetskog nivoa za lica sa onesposobljenjima nevezanim za rat, iako sistem za administraciju tih davanja još nije uspostavljen.

6.80. Razdvojenost oblikovanja i implementacije politike izazivaju neusklađenost između propisanih mandata određenih na entitetskom nivou i onoga što se može finansirati i implementirati na pod-entitetskom nivou. U FBH, Ministarstvo rada i socijalne politike bilo je zaduženo za opšte politike, ali nije bilo odgovorno za finansiranje davanja. Svaki kanton je imao nadležnost nad definisanjem konkretnih davanja i alokaciju finansiranja, ili u potpunosti na opštinski nivo ili na kantonalni nivo, ili kao podijeljenu odgovornost između kantona i opština. To je kao rezultat donijelo sistem u kojem svaki kanton u suštini definiše svoje parametre za podobnost korisnika, nivo davanja i vrste davanja. U praksi, samo bogatiji kantoni, kao što je Sarajevski kanton, zaista obezbjeđuju puni spektar davanja, uključujući dječije i porodijske dodatke, socijalnu pomoć i invalidnine za civilne žrtve rata. Vlada FBH je izrazila svoje namjere da prebaci odgovornost za finansiranje i administraciju dječije zaštite i davanja za civilne žrtve rata na entitetski nivo s ciljem osiguranja višeg stepena ujednačenosti i ravnopravnosti u sistemu. Međutim, nije jasno kada će se to i ostvariti.

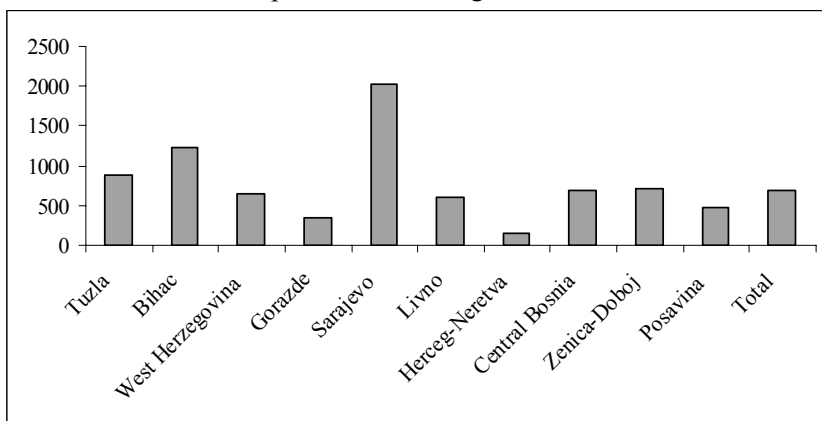
6.81. Centralizacija finansiranja socijalne pomoći i dječijih dodataka u RS je dobro uznapredovala. Vidljiva razlika u odnosu na FBH je da Fond dječije zaštite na entitetskom nivou u RS finansira davanja na ujednačenom nivou u cijelom entitetu.³¹ Invalidnine za civilne žrtve rata finansiraju se na entitetskom nivou i administrira ih Ministarstvo rada i boračko-invalidske zaštite. Socijalna pomoć i davanja za njegu drugog lica, za razliku do toga, finansiraju se na opštinskom nivou.

6.82. Obuhvat sistema socijalne zaštite u oba entiteta je ograničen i pokazuje znatan stepen varijacija između kantona i opština. Broj korisnika socijalne pomoći koji su registrovani u centrima za socijalni rad je veliki, ali samo mali dio njih prima gotovinska davanja. U centrima za socijalni rad u FBH registrovano je više od 188.000 korisnika, a u RS gotovo 90.000, što zajedno predstavlja više od 7 posto stanovništva BH. Bez obzira na niske pragove koji se odnose na dohodak, postoji mnogo ljudi koji su u principu registrovani za primanje socijalne pomoći, ali koji ne primaju ništa ili primaju samo malo, zbog nedostatka sredstava. Kao rezultat toga, samo 1 posto onih koji su ispod granice siromaštva u RS i 4 posto u FBH primaju socijalnu pomoć. Obuhvat je daleko veći za dječija i porodijska davanja u RS, ali ta davanja su dostupna u samo četiri od deset kantona u FBH. Slično tome, invalidnine za civilne žrtve rata obezbjeđuju se u osam od deset kantona, sa znatnim varijacijama u smislu obuhvata i nivoa davanja.

6.83. Varijacije kod stepena obuhvata praćene su varijacijama kod stvarnog nivoa davanja koja se primaju. Na primjer, 2004. godine, prosječna mjesečna potrošnja na socijalnu pomoć po registrovanom primaocu kretala se od 2 KM u Istočnom starom gradu do 69 KM u Milićima, a obje te opštine su u RS. Te iznose treba uporediti sa prosječnom mjesečnom platom u formalnom sektoru od 422 KM i

³¹ Zakon o dječijoj zaštiti, juni 1996. godine, izmjene i dopune 1998. i 2001. godine.

Slika 6.11. Kantoni u FBH: Potrošnja na socijalnu pomoć po primaocu, 2004. godina



Izvor: Ministarstvo rada i socijalne politike i procjene osoblja Svjetske banke.

KM per capita, a za socijalnu zaštitu 47 KM per capita. To je prilično ispod granica siromaštva i ekstremnog siromaštva, definisanih kao nivo potrošnje od 185 KM mjesečno per capita, odnosno 64 KM mjesečno per capita.³² Međutim, novija analiza siromaštva koju je sproveo EPPU otkrila je da u BH nema apsolutnog siromaštva. To ukazuje da ne bi trebalo biti ni primaoca dječijih dodataka i socijalne pomoći, a opet se gotovo 22.000 porodica kvalifikuje za dječije dodatke, a preko 6.000 ljudi za socijalnu pomoć. Ista razmatranja odnose se i na sisteme dječije zaštite i socijalne pomoći u FBH. Imajući u vidu da je nivo dohotka jasno loš izbor za usmjeravanje socijalne zaštite, vlasti bi dobro postupile kada bi prihvatile savjet da razmotre alternativne opcije, kao što je korištenje indirektno određenih parametara imovinskog cenzusa za usmjeravanje tih davanja na najugroženije grupe.

6.85. Pritisci sa rashodne strane, neefikasnost i neravnopravnost u postojećem sistemu višestrukih socijalnih davanja pozivaju na aktivnosti usmjerene na daljnje pojednostavljenje i bolje usmjeravanje tih rashoda na najugroženije grupe. Vlade su nedavno ukazale na svoje namjere da pokrenu srednjoročnu reformu socijalne zaštite usmjerenu na preusmjeravanje potrošnje sa boračkih davanja na SPDZ, uz istovremeno smanjenje ukupne potrošnje na socijalnu zaštitu, izražene kao procenat ukupne potrošnje. Prvi koraci ovog procesa uključivali su određeno pooštavanje kriterijuma za isplatu boračkih davanja i ograničavanje rashoda u tom sektoru, što je dovelo do zamrzavanja nominalne potrošnje na boračka davanja u RS. Suprotno tome, u FBH rashodi na boračke programe su u porastu, a i dalje traje umnožavanje broja davanja. Ovaj izvještaj podržava temeljnu logiku reformskog programa koji je inicijalno formulisan. Međutim, on ukazuje na potrebu za dalekosežnijim prilagođavanjima, ako se želi ispuniti cilj stvaranja dobro usmjerene i fiskalno održive mreže socijalne sigurnosti. Preporuke u skladu sa analizom predstavljenom u prethodnom dijelu teksta sažete su u sljedećoj sekciji.

Socijalna skrb i dječija zaštita: Preporuke vezane za politike

- **Centralizovati dalje finansiranje za osnovna davanja SPDZ s ciljem smanjenja nepokrivenosti osnovnom socijalnom pomoći u RS i socijalnom skrbi i dječijom zaštitom u FBH.** Iako su u oba entiteta potrebna određena dodatna sredstva, primarni fokus treba biti na ujednačenijem i usmjerenijem obezbjeđivanju davanja, umjesto na osiguranju dodatnih budžetskih resursa.

³² Vidjeti: EPPU, 2005, *Poverty Update (Ažurirani pregled siromaštva)*.

- **U oba entiteta, propisati da je finansiranje osnovne socijalne skrbi i dječije zaštite odgovornost entitetskog nivoa (već urađeno u RS).** Razmotriti spajanje dječijih dodataka, socijalne pomoći i davanja za izbjeglice i raseljena lica u jedinstveno davanje.

- **Uvesti i koristiti odredbe za koeficijent racionalizacije za socijalnu skrb i dječiju zaštitu.** Takav mehanizam racionalizacije (isplate davanja na nivou ostvarenih prihoda) uspostavljen je u zakonu o boračkim davanjima u oba entiteta, u zakonu koji reguliše davanja za lica sa onesposobljenjem u FBH, kao i u nacrtu zakona FBH o dječijim dodacima i davanjima za civilne žrtve rata.

- **Razviti strožiji metod za usmjeravanje davanja, uključujući i viši stepen oslanjanja na parametre imovinskog cenzusa ili indirektno određene parametre imovinskog cenzusa.** Drugi navedeni sistem imao je dobre rezultate u drugim zemljama u uslovima niskih administrativnih kapaciteta i kapaciteta vezanih za osoblje.

- **Razmotriti finansijske aranžmane za socijalnu zaštitu između finansiranja iz opštih prihoda i finansiranja iz oporezivanja plata.** U RS, preći na finansiranje dječijih dodataka iz opštih prihoda, ali zadržati finansiranje kroz doprinose koji se naplaćuju na plate za porodijska davanja. To bi uključivalo transfer iz opštih prihoda za Fond dječije zaštite RS, po mogućnosti preko Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite.