

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY BOSZNIA-HERCEGOVINA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Tartalom

Politikai-gazdasági- környezet	2
Demográfia	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás	4
Egészségügyi ellátórendszer	5
Egészségügyi dolgozók	6
Gyógyszerpiac.....	7
Egészségügyi reformok	7
Irodalomjegyzék.....	8

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Gazdasági-politikai környezet

Bosznia-Hercegovina Délkelet-Európában fekszik, területe 51 197 km². A volt jugoszláv tagköztársaság 1992-ben kiáltotta ki függetlenségét, mely a bosnyák, szerb, horvát etnikumok közötti ellentétek következtében véres háborúhoz vezetett. Az ország mai formáját és politikai rendszerét a háborút lezáró Daytoni békével nyerte el, 1995-ben. Az államalakulat nemzetközi ellenőrzés alatt áll: jelenleg Valentin Inzko ENSZ-főképviseelő felügyeli a békeegyezményben foglaltak megvalósulását.

Az államot három nemzet: bosnyákok (boszniai muszlimok, kb. 44 százalék), szerbek (kb. 31 százalék) és horvátok (kb. 17 százalék) alkotják. Alkotmányos berendezkedését tekintve föderális köztársaság, mely két entitásból áll: a Bosznia-hercegovinai Föderációból (Federacija Bosne i Hercegovine, továbbiakban: FBiH, amely tíz, bosnyák, ill. horvát többségű kantonból áll, és az ország területének 51 százalékát teszi ki), valamint a boszniai Szerb Köztársaságból (Republika Srpska, továbbiakban: RS, mely 4 régióból áll, és az ország területének 49 százalékát alkotja). A semleges Brčko Körzetet együttesen kormányozzák. A két entitás saját kormánnyal, törvényhozással rendelkezik, de van központi, szövetségi kormány és törvényhozás is. A szövetségi elnökséget három fő (nemzetiségenként egy tag) alkotja, akiket közvetlen szavazással választanak, négy évre. Ők az államfői (elnöki) tisztséget (külpolitikai, diplomáciai feladatok) nyolchavonta történő rotációban látják el. A 2010. október 3-án tartott választások eredményeképpen az elnökséget Željko Komšić (horvát), Nebojša Radmanović (szerb), Bakir Izetbegović (bosnyák) alkotja, az államfői tisztséget 2013. július 10-től Željko Komšić látja el. A törvényhozó testület a kétkamarás Parlamentáris Gyűlés. A Képviselőház (alsóház) 42 tagját közvetlenül, 4 évre választják (28 tagot az FBiH, 14 tagot az RS polgárai választanak). A Népek Háza (felsőház) 15 tagját (nemzetiségenként 5-5) közvetlenül, 4 évre választják. A végrehajtó hatalmat a Miniszterek Tanácsa látja el, amely tagjainak kétharmadát az FBiH, egyharmadát az RS adja. A miniszterelnököt az elnök nevezi ki, de a Képviselőháznak jóvá kell hagynia. A legutóbbi, 2010 októberében tartott választásokat követően a három nemzetiség vezetőinek folyamatos vitái 16 hónapon keresztül akadályozták a szövetségi kormány megalakítását. Erre végül 2012 februárjában került sor, Vjekoslav Bevanda (horvát) miniszterelnök vezetésével. A központi kormánynak ténylegesen csekély befolyása van, a valódi hatalmat a két entitás kormánya tartja kezében. A három nemzetiség érdekellentétei miatt az államalakulat meglehetősen instabil.

Bosznia-Hercegovina a délszláv háborúban a legnagyobb anyagi és emberi veszteséget szenvedte el, és ma is az egyik legtöbb problémával küzdő balkáni állam. 1998 és 2008 között erőteljes gazdasági fellendülés volt tapasztalható: az egy főre jutó GDP közel négyszeresére nőtt, a szegénység pedig csökkent (20 százalékról 14 százalékra). A begyűrűző válság azonban recessziót eredményezett: 2009-ben a GDP 2,9 százalékkal csökkent, 2010-ben stagnált (0,7 százalék). 2011-ben a gazdaság kissé megélnéült (1,3 százalék), de 2012-ben ismét recesszióba süllyedt (-0,7 százalék). Középtávon a gazdaság fokozatos fellendülését jelezték előre: 2013-ra 0,5 százalékos, 2014-re 2 százalékos, 2015-re 3,5 százalékos GDP-növekedést prognosztizáltak. 2011-ben jelentősen megnőtt az infláció (3,7 százalék, vö.: 2010: 2,1 százalék), elsősorban a nemzetközi élelmiszerárak növekedése következtében. A válságból való kilábalás érdekében növelték az exportot (főként nemesfém, villamosenergia), és célul tűzték ki a versenyképesség javítását. Az államháztartási hiány 2012-ben 2,6 százalék. Az államadósság szintje 2012-ben 43,9 százalék. A munkanélküliség magas (2012-ben 28 százalék). Az ország továbbra is erőteljesen támaszkodik az EU, a Világbank és az IMF támogatására. Bosznia-Hercegovina 1997 óta tárgyalásokat folytat az Európai Unióval, de hivatalosan nem tagjelölt ország. 2008-ban kötöttek Stabilizációs és Társulási Megállapodást, de az ebben foglalt kötelezettségeket, az

integrációt célzó reformokat, valamint a két entitás együttműködését célzó koordinációs mechanizmusok kidolgozását még nem sikerült teljesíteni. (World Bank Bosnia Hercegovina Overview 2013, IMF 2013).

Demográfia

Bosznia-Hercegovina lakosságszáma 2012-ben 3,74 millió fő. (WHO HFA) Az élveszületések aránya 8,28 ezrelék, a halálzási ráta 9,12 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám 1,21 százalék. A 14 év alattiak aránya 17,46 százalék, és csökkenő tendenciát mutat, a 65 év fölöttieké 15,09 százalék, és az arány növekszik (2011).

Az egészségügyi mutatók terén Bosznia-Hercegovina elmarad a régió többi országa mögött. A születéskor várható élettartam a férfiak esetében 74,22 év, a nők esetében 79 év (2011). A csecsemőhalálozás az utóbbi években csökkent, 2011-ben 1000 élveszületésre 5,78, de továbbra is jóval az EU-átlag fölötti. A megbetegedések és halálozások leggyakoribb okai a kardiovaszkuláris betegségek, melyek korstandardizált halálzási rátája 2011-ben 100 ezer főre 427 volt. A második fő halálköt a daganatos megbetegedések jelentik (2011-ben korstandardizált halálzási ráta 100 ezer főre 157). A közúti balesetek, (szándékolt és nem szándékolt) sérülések száma növekvő tendenciát mutat (2011-ben a korstandardizált halálzási ráta 100 ezer főre 28). A lakosság nem megfelelő életmódja, a helytelen táplálkozás, az alkohol- és drogfogyasztás jelentős mértékben hozzájárul a nem fertőző betegségek gyakoriságának növekedéséhez. Emellett bizonyos fertőző betegségek (HIV/AIDS, szexuális úton terjedő fertőzések, tuberkulózis) továbbra is fontos népegészségügyi problémát képeznek annak ellenére, hogy az utóbbi időben a fertőző betegségek ellenőrzésére jelentős figyelmet fordítottak. A tuberkulózis új eseteinek száma 2011-ben 100 ezer főre 35. (WHO-HFA)

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Bosznia-Hercegovinában a központi kormányon belüli Polgári Ügyek Minisztériuma csak koordinációs szerepet lát el az egészségügyi ellátás terén, mivel a két entitás, valamint Brčko Körzet saját Egészségügyi Minisztériummal, illetve egészségügyi rendszerrel rendelkezik. Az FBIH területén további decentralizáció valósul meg, mivel az egészségügyi ellátás megszervezésének és finanszírozásának felelőssége a kantonokhoz van delegálva. Ebben az entításban van egy föderális egészségügyi minisztérium, ugyanakkor a 10 kanton is saját egészségügyi minisztériummal rendelkezik. A népegészségügyi ellátás megszervezéséért 11 népegészségügyi intézet felelős. Az RS területén az egészségügyi rendszer az entitás szintjén központilag szervezett: egy egészségügyi minisztérium és egy népegészségügyi intézet látja el a feladatokat.

Az egészségügyi ellátás kötelező biztosítási modellen alapul. Az egészségbiztosítási rendszer szintén decentralizáltan működik: összesen 13 egészségbiztosító működik az országban. A Bosznia-hercegovinai Föderációban az állami egészségügyi ellátást a Föderális Egészségbiztosítási Alap 10 kantonális pénztára finanszírozza. A boszniai Szerb Köztársaságban a Köztársaság Egészségbiztosítási Alapja, Brčko Körzetben az Egészségbiztosítási Alap finanszírozza az egészségügyi ellátást. Az egészségügyi rendszer túlzott fragmentáltsága nagymértékben hozzájárul az egészségügyi ellátás magas költségéhez, valamint nem megfelelő teljesítményéhez.

Bosznia-Hercegovinában az állami egészségügyi rendszer három szinten szerveződik. Az egészségügyi ellátás első szintjét az elsősegély központok, második szintjét a közösségi egészségügyi központok, harmadik szintjét pedig az általános és speciális kórházak alkotják.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Bosznia-Hercegovinában 2011-ben az egészségügyi ellátásra fordított kiadások a GDP 10,22 százalékát alkották. (WHO HFA). 2000 óta az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya folyamatosan növekedett (2000-ben 6,9 százalék). (World Bank, 2012)

Az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások terén jelentős különbségek vannak a két entitás között. A FBIH egészségbiztosítási pénztárai majdnem kétszer annyit költenek (571 konvertibilis márka), mint az RS pénztára (301 konvertibilis márka). Az FBIH egyes kantonjai között is jelentős eltérések tapasztalhatók az egészségügyi kiadások mértékében. (World Bank, 2012)

Forrásgyűjtés

Az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül kb. 60 százalék, a magánkiadások aránya kb. 40 százalék. A kötelező egészségbiztosítási járulékok mértéke mindkét entitásban meglehetősen magas (RS: 12,5 százalék, FBIH: 16,5 százalék). Az egészségbiztosítás a foglalkoztatottakra, a nyugdíjasokra és házastársukra, a regisztrált munkanélküliekre és hozzátartozóikra (házastárs és 15 év alatti gyermek), a rokkantsággal élőkre, a mezőgazdasági munkásokra, a segélyben részesülőkre terjed ki. A következő csoportok számára ingyenes az egészségbiztosítás: 15 év alatti gyermekek, 16-18 év közötti tanulók, 25 év alatti egyetemi hallgatók, terhes nők és 1 év alatti gyermekkel rendelkező nők, 65 év fölöttiek, segélyben részesülők, bizonyos betegségekkel küzdők (tuberkulózisban, mentális betegségekben, daganatos betegségekben szenvedők, dialízisben részesülők, inzulinfüggő diabéteszesek, szervátültetésen átesettek, táplálkozási zavarokkal küzdők). Az egészségbiztosításra jogosultak több mint fele mentesül a járulékfizetés alól. A járulékfizetés alól mentességet élvező csoportok esetében az egészségbiztosítást költségvetési forrásokból és adóbevételekből finanszírozzák. (IOM, 2012; World Bank, 2012)

Az egészségbiztosítási alapok mindkét entitásban deficittel küzdenek. A Világbank 2006-os jelentésében javasolta a mentességet élvezők körének felülvizsgálatát, a kockázati pool kiszélesítése érdekében, de erre még nem került sor. A munkaerőre kivetett magas adók a munkahelyteremtésben, így a járulékfizetők körének bővítésében is akadályt jelentenek. (World Bank, 2012)

Az állampolgárok a következő feltételekkel vehetnek igénybe önkéntes egészségbiztosítást: 1) legalább 6 hónapon keresztül kötelező egészségbiztosítási járulékot kell fizetniük a bruttó keresetük 5 százalékában; 2) orvosi vizsgálaton kell részt venniük; 3) személyigazolvánnyal és a Belügyminisztérium által igazolt lakhely regisztrációval kell rendelkezniük; 4) két, személyigazolvánnyal rendelkező tanúra van szükség az egészségbiztosítási szerződés aláírásához. Az FBIH területén az önkéntes egészségbiztosítás havi költsége a bruttó kereset 5 százaléka. Az önkéntes egészségbiztosítást a családtagokra is ki lehet terjeszteni. Minden egyes családtag esetében az önkéntes egészségbiztosítás pótlólagos költsége havonta 5 amerikai dollár.

Az állami egészségügyi ellátásban a betegeknek kismértékű vizitdíjat kell fizetniük. Ennek össze a szolgáltatás típusától függ.

A magán egészségügyi intézményeknél igénybe vett ellátást teljes mértékben a páciensnek kell fizetnie.

A háztartások egészségügyre fordított készpénzkiadásai 2007-ben a háztartások összes kiadásának 4,4 százalékát tették ki. Habár az egészségügyi kiadások aránya a társadalom tehetősebb és szegényebb rétegei között hasonló, a reálértelmenben vett egészségügyi kiadások nagymértékben különböznek: a leggazdagabb kvintilishez tartozók kb. ötször annyit költenek egészségügyre, mint a legszegényebb kvintilishez tartozók mindkét entitás területén. Ebből következően, habár az egészségügyi kiadások nagyjából hasonló arányú terhet rónak az eltérő jövedelmű háztartásokra, a gazdagabb háztartások nagy valószínűséggel jobb hozzáféréssel rendelkeznek az egészségügyi ellátáshoz, valamint jobb minőségű szolgáltatásokat vehetnek igénybe. Az egészségügyi kiadások az FBIH területén élő háztartások 12,1 százaléka, az RS esetében pedig a háztartások 15,6 százaléka esetében katasztrofális méretűek (mivel a háztartás összes kiadásának több mint 10 százalékát teszik ki 2007-es adatok szerint). Ugyanakkor az FBIH fragmentált egészségügyi rendszeréből kifolyólag az egyes kantonok között is különbségek vannak a háztartások egészségügyi készpénzkiadásainak összes háztartási kiadáshoz viszonyított arányát illetően. (World Bank, 2012)

Forrásallokáció

Az egészségbiztosítási kiadások terén a legnagyobb arányt a kórházi ellátás kiadásai jelentik: 2009-ben RS: 37, ill. FBIH: 43 százalék, az alapellátásra fordított kiadások aránya FBIH: 22 százalék, RS: 24 százalék. A gyógyszerkiadások aránya magas (FBIH: 15 százalék, RS: 13 százalék), annak ellenére, hogy a gyógyszerkiadások jelentős részét a háztartások készpénzkiadásai finanszírozzák. A táppénz kiadások jelentősen növekedtek az utóbbi időszakban mindkét entításban. Az FBIH entításban az egészségügyi kiadásokon belül a bérköltségek aránya is meglehetősen magas. (World Bank, 2012)

Az egészségügyi kiadások növekedéséhez jelentős mértékben hozzájárul, hogy az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása jelenleg mind az alapellátásban, mind a kórházi ellátásban elsősorban inputokon alapul, nem a lakosság szükségleteinek, a nyújtott szolgáltatásoknak, illetve az ellátás eredményeinek megfelelően.

A háztartások készpénzkiadásain belül jelentős, 30 százalékos arányt képviselnek a gyógyszerkiadások. A társadalom legszegényebb rétegei számára a létfontosságú gyógyszerek nem megfizethetőek.

Egészségügyi ellátórendszer

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Alapellátást a helyi elsősegély központok és a közösségi egészségügyi központok biztosítanak. Az elsősegély központok (ambulancia) általában olyan helyi önkormányzatokban találhatóak, amelyek nem tudnak fenntartani közösségi egészségügyi központot. Az elsősegély központ személyzete általában egy háziorvosból és három vagy négy nővérből áll.

A közösségi egészségügyi központokban (dom zrdavlja) általában több háziorvos, szakorvos, fogorvos és nővér dolgozik. A közösségi egészségügyi központok tevékenysége az alapellátásra, valamint a járóbeteg szakellátás több területére is kiterjed. Rendszerint a következő szolgáltatásokat biztosítják:

házi orvosi ellátás, gyermekorvosi ellátás, tuberkulózis ellenőrzés, foglalkozás-egészségügy, fogászat, járványügy, pszichiátriai kezelések, fül-orr-gégészet, szemészet, radiológia. Emellett végeznek munkaképtelenségi vizsgálatokat, munkavállalók számára rendszeres orvosi ellenőrzéseket, ideiglenes munkaképtelenségi értékeléseket. 2008 óta családorvosi rendszer van érvényben: minden családnak saját orvosa van, aki az elsődleges kapcsolatfelvételt jelenti.

Az alapellátásban a vizitek száma meglehetősen alacsony. 2009-ben az alapellátásban dolgozó orvosok az RS területén átlagosan napi 15,1 beteget, az FBiH területén 18,3 beteget láttak el. A családorvosi rendszer bevezetésétől az alapellátás minőségének, hatékonyságának, teljesítményének javulását várták, azonban mindkét entitás területén inkább az alapellátási vizitek számának csökkenése figyelhető meg. (World Bank, 2012)

A járóbeteg vizitek száma is alacsonyabb, mint más európai országokban: 2011-ben egy főre 5,3 (vö.: EU-átlag: 6,98). (WHO HFA)

Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátást általános és speciális kórházak biztosítják. Az általános kórház olyan betegek számára nyújt ellátást, akiknek a kezelése a közösségi egészségügyi központokban már nem lehetséges. A speciális kórházak egy bizonyos korcsoport számára vagy egy adott szakterületen nyújtanak ellátást. Az összes sebészeti beavatkozás és klinikai kezelés elérhető ezekben az intézményekben.

Amennyiben a beteg nem a lakóhelye szerinti kantonban vagy régióban akarja kezeltetni magát, előzetesen kérnie kell az illetékes egészségbiztosítási pénztár jóváhagyását.

A kórházi ellátás finanszírozása jelenleg elsősorban inputok alapján történik, de tervezik a DRG rendszer bevezetését egy 2011-2013 közötti, EU-támogatással megvalósuló program keretében.

A kórházi ágyak száma 2010-ben 100 ezer főre 345,11, ami jóval az EU-átlag alatti.

A kórházi tartózkodás átlagos időtartama meglehetősen hosszú: az FBiH területén az utóbbi években 9 nap, az RS területén viszont csökkent 7,7 napra (2008-as adatok). Az ágyfoglaltsági arány 2008-ban az FBiH területén 70 százalék, az RS területén 90 százalék körüli, mivel itt kevesebb kórház található. (World Bank, 2012)

A kórházi felvételek aránya nagyon alacsony: 2008-ban az RS területén 7,8, az FBiH területén 9,9, ami nagyjából az uniós átlag fele. (World Bank, 2012)

Egészségügyi dolgozók

Az egészségügyi dolgozókon belül a nem orvosi személyzet aránya magas, különösen az FBiH területén (30 százalék). Az RS területén nemrégiben csökkentették a nem orvosi személyzet arányát (23 százalékra). Ezzel szemben az orvosok aránya alacsony: 2009-ben RS területén 100 ezer főre 145, FBiH területén 183 (vö.: EU-átlag: 344). (World Bank, 2012)

Országos adatokat tekintve 2010-ben 173,4 orvos és 529 ápoló jutott 100 ezer főre (WHO HFA).

Gyógyszerpiac

A gyógyszersektor Bosznia-Hercegovinában fragmentált. Mind a 13 egészségbiztosítónak saját beszerzési szabályai, eljárásai, pozitív listái vannak. Ez a decentralizált beszerzés magasabb árakat, valamint az egyes entitások, illetve az FBIH területén az egyes kantonok között jelentős árkülönbségeket eredményez. Egy Világbank támogatásával végzett, 2011-es kutatás rámutatott arra, hogy az RS területén, amely centralizáltabb beszerzési rendszerrel rendelkezik, és a generikumoknál referenciaárakat alkalmaznak, a gyógyszerárak alacsonyabbak, és az egyes régiók között kevesebb eltérés tapasztalható. Az FBIH területén azonban, ahol minden egyes kanton külön beszerzési szabályozással rendelkezik, a gyógyszerárak magasabbak, és az egyes kantonok között jelentős árkülönbségek mutatkoznak. Mindkét entitásban történtek javaslatok az egészségügyi technológia értékelés bevezetésére, de a gyakorlatban ez még nem valósult meg. (World Bank, 2012)

Egészségügyi reformok

Bosznia-Hercegovinában az egészségügyi reform végrehajtása sürgető, az egészségügyi rendszer számos problémával küzd. A lakosság jelentős részét nem fedi le a kötelező egészségbiztosítás, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén nagy különbségek vannak a két entitás, valamint az egyes kantonok/régiók között. A lakosság egészségi állapot mutatói kedvezőtlenek. Az egészségügyi ellátás alulteljesítéséhez számos tényező járul hozzá: az egészségügyi rendszer túlzott decentralizáltsága, a szolgáltatók finanszírozási ösztönzőinek hiánya, az alapellátásban és kórházi ellátásban biztosított szolgáltatások nem megfelelő összetétele és minősége, az egészségügyi rendszer nem fenntartható finanszírozása. Mindezek ellenére eddig kevés reformintézkedésre került sor.

Az elmúlt évek egyetlen jelentős reformlépése egészségügyi téren a családorvosi modell 2008-ban történő bevezetése volt. Ennek során elsősorban a családorvosi csoportok szakképzettségének fejlesztésére fókuszáltak. Családorvosi képzést (5 éves oktatás és tréning) már mindkét entitásban biztosítanak, a már végzett orvosok és nővérek számára pedig egy éves továbbképzést vezettek be. Az alapellátás szerkezete átalakult: ma már minden betegnek regisztrálnia kell magát egy családorvoshoz. A reformok azonban a finanszírozási mechanizmust nem érintették, ezért nem sikerült jelentős hatékonyságjavulást elérni.

A Világbank az egészségügyi rendszer átalakítására vonatkozóan a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- Az egészségügyi rendszer finanszírozásának hatékonyabbá tétele érdekében szükséges lenne az egészségbiztosítás legalább entitás szinten történő központosítása (ez elsősorban az FBIH területén jelentene változást). Az entitás szintjén kellene szerződést kötni az állami, valamint a magán szolgáltatókkal. Ez nagyobb hatékonyságot, valamint az erőforrások jobb elosztását eredményezné.
- Az egészségbiztosítási járulékfizetés alóli mentességek felülvizsgálata, valamint a járulékok gyűjtésének és ellenőrzésének entitás szintre történő emelése (az FBIH területén) további hatékonyság-növekedést eredményezne. Az egészségügyi rendszer finanszírozásának fenntarthatósága szempontjából szükség van a tartozások kiegyenlítésére, valamint annak megakadályozására, hogy újabb tartozások keletkezzenek a rendszerben.
- Az egészségügyi irányítás terén a fragmentáció csökkentésére, valamint a funkciók duplikációjának kiküszöbölésére van szükség, különösen az FBIH területén, ahol 10 kantonális

egészségbiztosító pénztár, valamint 10 népegészségügyi intézet működik a központi hivatal mellett.

- Az egészségügyi ellátórendszer szerkezetét illetően az alapellátásban szükség van a finanszírozási mechanizmus átalakítására, valamint további prevenciók szolgáltatások bevezetésére (pl. nem fertőző betegségek szűrése, dohányzás megelőzése).
- A kórházfinanszírozási rendszer átalakítása, esetalapú (pl. DRG) finanszírozás bevezetése ösztönzőket biztosítana a hatékonyabb működéshez.
- A gyógyszerek beszerzését legalább az entitás szintjén központosítani kellene az FBIH területén is, amely elősegítené a gyógyszerkiadások csökkentését, valamint a nagyobb átláthatóságot. A minőségellenőrzés, a pozitív lista, valamint a kiskereskedelmi árak központosított szabályozására is szükség lenne.
- A gyógyszertámogatások mértékét felül kellene vizsgálni, és a költséghatékony generikumokat megfizethetővé tenni a szegényebb társadalmi csoportok számára. Ezzel egyidejűleg a pozitív listát is felül kellene vizsgálni. (World Bank, 2012)

Egy 2011-2013 közötti, EU-támogatással megvalósuló program keretében megkezdődött a DRG-finanszírozás bevezetése. A projekt magában foglalja az ausztrál DRG kódolási rendszer bevezetését, teljesítményalapú mechanizmus kialakítását a szolgáltatókkal való szerződéskötésben, az egynapos sebészeti ellátások bevezetését, a kórházak számára üzleti tervezési mechanizmusok ajánlását, a kórházak és egészségbiztosítási források kapacitásainak IT alapú elemzését, valamint egy stratégiai IT beruházási terv végrehajtását. (Karol Consulting, 2013)

Irodalomjegyzék

- Bokay, D.: Bosznia-Hercegovina politikai rendszere. Előadás anyag, 2013. március 26. http://prezi.com/8u3obg_uvrti/bosznia-hercegovina-politikai-rendszere/
- Endrődi-Kovács Viktória: Bosznia-Hercegovina útja az Európai Unió felé. Délkelet-Európa – South-East Europe International Relations Quarterly, Vol. 4. No. 1. (2013 tavasz) 9. o. http://www.southeast-europe.org/pdf/13/DKE_13_M_DK_Endrodi-K-Viktoria_BH.pdf
- IMF: Bosnia and Herzegovina: Third Review Under the Stand-By Arrangement and Request for Waiver of Applicability of a Performance Criterion—Staff Report and Press Release. Country Report No. 13/196. 2013. július. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr13196.pdf>
- IOM Country Fact Sheet Bosnia and Herzegovina, 2012. október.
- Karol Consulting, 2013: <http://karolconsulting.hr/en/project-references>
- WHO Bosnia and Herzegovina Data and Statistics: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/bosnia-and-herzegovina/data-and-statistics>
- World Bank Bosnia and Herzegovina Overview, 2013. <http://www.worldbank.org/en/country/bosniaandherzegovina/overview>
- World Bank: Bosnia and Herzegovina: Challenges and Directions for Reform - A Public Expenditure and Institutional Review, 2012. február. <http://siteresources.worldbank.org/INTBOSNIAHERZ/Resources/BHPEIR2012ChallengesandDirectionsforReform.pdf>