

## I – UVOD

Osnovno nastojanje autora ovog teksta je da pokuša prikazati na koji način se vrši ugovaranje i plaćanje usluga primarne zdravstvene zaštite zdravstvenim ustanovama na području F BiH sa posebnim osvrtom na Tuzlanski kanton.

Osim toga u samom pristupu autor se odlučio da sistematski krene od začetaka nastanka zdravstvenog osiguranja u svijetu, kao i na prostorima Jugoslavije i BiH do današnjih dana.

Od prvobitnih vidova objedinjavanja i zaštite od nastanka određenih rizika do današnjih različitih modela izdvajanja i sakupljanja sredstava i plaćanja zdravstvenih usluga osiguranje i zdravstvena zaštita su prešli dugačak put.

Dovoljno je samo prisjetiti se da je u početku zdravstvenim osiguranjem bio obuhvaćen veoma mali broj lica te da je ljekarsku pomoć mogao sebi obezbjeđivati samo privilegovani sloj društva.

Obzirom da je zdravlje od posebnog društvenog interesa za svaku zajednicu vremenom su dobrovoljna izdvajanja postala obavezna a i zdravstvenim osiguranjem se pokušava obuhvatiti cjelokupno stanovništvo što je u jednom broju zemalja i postignuto, a što je svakako primarni cilj zdravstvene politike svake zemlje.

U ovom kontekstu poseban osvrt je dat na razvoj zdravstvenog osiguranja u BiH. Istraživanje je rađeno na bazi analiziranja dokumenata na osnovu kojih se vrši izrada programa primarne zdravstvene zaštite i analiziranju ugovora o pružanju zdravstvenih usluga koji zaključuju Domovi zdravlja sa Fondom zdravstvenog osiguranja na Tuzlanskom kantonu.

Pretpostavka od koje se pošlo je da svako ugovaranje podrazumijeva da svaka strana koja učestvuje u pregovorima ima prvenstveno za cilj da za sebe u ugovoru obezbijedi što povoljnije uslove i rješenja koja joj obezbjeđuju maksimalnu dobit a rizik svode na minimum.

Osnovni cilj ovog istraživanja je bio da pokuša odgovoriti na sljedeće pitanje:

**Dali se i kako sadašnji sistem ugovaranja PZZ sa fondom zdravstvenog osiguranja može unaprijediti?**