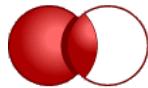


BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
URED ZA REVIZIJU INSTITUCIJA U FBIH
SARAJEVO



Ložionička 3, 71000 Sarajevo, Tel: + 387 (0)33 723 550, Fax: 716 400, www.vrifbih.ba, e-mail: urrevfed@bih.net.ba, vrifbih@vrifbih.ba

Broj: 07-14-5/11

Bosanski jezik

IZVJEŠTAJ REVIZIJE UČINKA

*Upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom u
Federaciji BiH*

Sarajevo, apri 2011. godine



PREDGOVOR

Ured za reviziju institucija u Federaciji BiH (u daljem tekstu: Ured za reviziju) u okviru svog poslovanja vrši finansijsku reviziju, reviziju učinka i druge specijalne revizije.

U skladu sa članom 14. Zakona o reviziji institucija u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, broj: 22/06) Ured za reviziju ima pravo izvršiti pregled, ili ispitivanje određenog aspekta poslovanja, cijele ili dijela institucije, programa ili aktivnosti u pogledu ekonomičnosti, efikasnosti i efektivnosti sa kojim ta institucija koristi svoje resurse i o tome izvještava na način koji ovaj Zakon određuje.

Prilikom vršenja revizije, Ured za reviziju se pridržava odredbi Zakona o reviziji, INTOSAI revizijskih standarda¹, INTOSAI etičkog kodeksa uz primjenu najkvalitetnijih metoda i prakse revizije.

Revizija učinka prema INTOSAI standardima podrazumijeva:

- reviziju ekonomičnosti upravnih aktivnosti u skladu sa značenjem upravnih načela i prakse, te politikama uprave;
- reviziju efikasnosti korištenja ljudskih, materijalnih, finansijskih i drugih resursa uključujući ispitivanje informacionih sistema, te upravljačkih i kontrolnih aktivnosti kod jedinica –institucija koje podliježu reviziji i
- reviziju efektivnosti-uspješnosti u odnosu na postavljene ciljeve jedinica-institucija koje podliježu reviziji, te reviziju ostvarenih aktivnosti u odnosu na namjeravane.

Ured za reviziju institucija u Federaciji Bosne i Hercegovine je odlučio da predmet ove revizije učinka bude tema iz oblasti zdravstva, koja je od značaja za razvoj društva u cjelini. U skladu s tim provedena je revizija učinka na temu:

„Upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom u Federaciji BiH“.

Revizijom su obuhvaćene slijedeće institucije: Federalno ministarstvo zdravstva, šest kantonalnih ministarstava nadležnih za zdravstvo i zavodi zdravstvenog osiguranja, te 21 dom zdravlja na području ovih kantona. Podaci i informacije su prikupljeni iz više izvora i institucija navedenih u ovom izvještaju. Prikazane su

¹ INTOSAI standardi za reviziju su standardi revizije za javni sektor doneseni na XIV kongresu INTOSAI u Vašingtonu 1992. godine

aktivnosti nadležnih institucija i utjecaj istih na upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom kako bi se osigurala blagovremena i ujednačena dostupnost uslugama zdravstvene zaštite na ovom nivou.

Provodenjem revizije, revizijski tim je došao do određenih nalaza koji su prezentirani predstavnicima nadležnih institucija na Fokus grupi. U skladu sa odredbama Zakona o reviziji institucija u Federaciji BiH, subjektima revizije je dostavljen Nacrt izvještaja na očitovanje. Nakon toga, sačinjen je Konačni izvještaj revizije učinka koji Vam se dostavlja na dalju upotrebu i postupanje.

Reviziju je proveo i Konačni izvještaj sačinio revizijski tim u sastavu: Mirsada Čengić, vođa tima i Ajsela Tanković, član tima.

**ZAMJENIK
GENERALNOG REVIZORA**

**Branko Kolobarić, dipl.oec
s.r.**

GENERALNI REVIZOR

**Dr.sc.Ibrahim Okanović, dipl.oec
s.r.**

**SADRŽAJ****REZIME**

1. UVOD	.....	1
1.1. Pozadina .....	.....	3
1.2. Cilj i revizijska pitanja .....	.....	4
1.3. Subjekti revizije .....	.....	4
1.4. Obim i ograničenja .....	.....	5
1.5. Kriteriji procjene .....	.....	6
1.6. Izvori podataka i metode revizije .....	.....	7
1.7. Struktura izvještaja .....	.....	9
2. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U FEDERACIJI BiH	.....	10
2.1. Propisi i namjere vlasti .....	.....	10
2.2. Nadležne institucije za funkcioniranje primarne zdravstvene zaštite .....	.....	11
2.2.1. Domovi zdravlja .....	.....	12
2.2.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja .....	.....	12
2.2.3. Kantonalna ministarstva zdravstva .....	.....	13
2.2.4. Federalno ministarstvo zdravstva .....	.....	13
3. NALAZI REVIZIJE	.....	15
3.1. DOMOVI ZDRAVLJA .....	.....	15
3.1.1. Blagovremenost pružanja usluga .....	.....	15
3.1.2. Efikasnost domova zdravlja .....	.....	18
3.1.3. Radno opterećenje .....	.....	18
3.1.4. Praćenje i izvještavanje o učinku .....	.....	19
3.1.5. Planiranje resursa .....	.....	20
3.2. ULOGA NADLEŽNIH KANTONALNIH INSTITUCIJA .....	.....	20
3.2.1. Aktivnosti kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja .....	.....	21
3.2.2. Aktivnosti kantonalnih ministarstava nadležnih za oblast zdravstva .....	.....	24
3.3. ULOGA FEDERALNOG MINISTARSTVA ZDRAVSTVA .....	.....	26
3.3.1. Dostupnost primarne zdravstvene zaštite .....	.....	26
3.3.2. Aktivnosti Federalnog ministarstva zdravstva u planiranju ljudskih resursa .....	.....	29
3.3.3. Monitoring, evaluacija i koordinacija na federalnom nivou .....	.....	29
4. ZAKLJUČCI	.....	31
4.1. Domovi zdravlja .....	.....	32
4.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja .....	.....	33
4.3. Kantonalna ministarstva zdravstva .....	.....	33
4.4. Federalno ministarstvo zdravstva .....	.....	34
5. PREPORUKE	.....	37
5.1. Domovi zdravlja .....	.....	37
5.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja .....	.....	38
5.3. Kantonalna ministarstva .....	.....	38
5.4. Federalno ministarstvo zdravstva .....	.....	39
P R I L O Z I	.....	41



REZIME

Ovaj dokument predstavlja istraživanje koje je Ured za reviziju institucija u Federaciji BiH proveo sa ciljem da se procijeni da li su nadležne institucije poduzele odgovarajuće aktivnosti kako bi „Upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom u Federaciji BiH“ bilo efikasno i osiguralo ujednačenu dostupnost. Obzirom da su se sve nadležne institucije opredijelile za jačanje primarne zdravstvene zaštite, revizija se fokusirala na procjenu ujednačene dostupnosti sa aspekta: blagovremenosti i ujednačene dostupnosti u korištenju usluga primarne zdravstvene zaštite. Revizija je bila motivirana informacijama o nezadovoljstvu korisnika neblagovrmenim i neujednačenim pristupom primarnoj zdravstvenoj zaštiti i procjenom da postoji prostor za poboljšanje i unapređenje.

Istraživanje je pokazalo da ne postoji ujednačena dostupnost zdravstvenih usluga primarne zdravstvene zaštite za sve korisnike. Za ovakvo stanje revizija je identifikovala odgovornosti na svim nivoima u sistemu, što se prezentira u slijedećim nalazima:

- Oko 2/3 korisnika čekalo je na zdravstvenu uslugu, a istovremeno domovi zdravlja ne rješavaju većinu potreba korisnika na ovom nivou zdravstvene zaštite;
- Zavodi zdravstvenog osiguranja ne vrše raspodjelu finansijskih sredstava na osnovu praćenja efikasnosti domova zdravlja;
- Nadležna kantonalna ministarstva nisu donijela sve potrebne strateške i planske dokumente za efikasno funkcionisanje primarne zdravstvene zaštite;
- Federalno ministarstvo zdravstva nije vršilo adekvatan monitoring i evaluaciju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u svrhu osiguranja ujednačene dostupnosti.

Nalazi revizije potvrđuju da postojeći način upravljanja primarnom zdravstvenom zaštitom nije poticajan za uspostavljanje ujednačene dostupnosti zdravstvenih usluga. S toga je revizija izvela slijedeće zaključke:

- Domovi zdravlja nisu blagovremeni pružaoci usluga i nemaju sistem planiranja i raspodjele resursa zasnovan na praćenju i uvažavanju učinka;
- Postojeći sistem raspodjele finansijskih sredstava nije poticajan za poboljšanje efikasnosti domova zdravlja;

-
-
- Nadležna kantonalna ministarstva nemaju razvijenu funkciju strateškog ni dugoročnog planiranja koji bi osigurali ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu;
 - Federalno ministarstvo zdravstva nema dovoljno razvijen i svrshodan monitoring i evaluaciju kako bi osiguralo efikasnu i ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu.

Za uspješne promjene i poboljšanje u upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom potrebno je jačanje sistema evaluacije i monitoringa, menadžerskih-upravljačkih vještina na svim nivoima, svrshodne i kontinuirane koordinacije, kao i spremnost na promjene u skladu sa ciljevima i opredjeljenjima za ujednačavanje dostupnosti usluga na ovom nivou. Sistem izvještavanja treba osigurati potpune i pouzdane informacije koje bi bile osnova za donošenje argumentiranih odluka u svrhu korištenja raspoloživih resursa na najbolji način.

Na osnovu procjene revizije da postoji prostor za uspostavljanje naprednjeg sistema upravljanja primarnom zdravstvenom zaštitom, revizija daje preporuke koje mogu dovesti do poboljšanja i ostvarivanja ciljeva. U tom kontekstu potrebno je da:

- Domovi zdravlja prate svoj učinak i izvještavaju o realnim potrebama i koriste raspoložive resurse na efikasan način;
- Zavodi zdravstvenog osiguranja uspostave sistem raspodjele finansijskih sredstava zasnovan na rezultatima praćenja učinka domova zdravlja i koji osigurava ujednačenu dostupnost;
- Kantonalna ministarstva razviju funkciju strateškog i dugoročnog planiranja koja bi osigurala ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite ;
- Federalno ministarstvo zdravstva razvije kontinuiran i svrshodan sistem monitoringa i evaluacije kako bi primarna zdravstvena zaštita bila efikasna i ujednačeno dostupna za sve građane Federacije BiH.

Nedostaci u upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom imaju za posljedicu nedostatak potrebnog povjerenja građana u javno zdravstvo i nezadovoljstvo istih nejednakim pristupom zdravstvenim uslugama.

Ovo istraživanje treba poslužiti nadležnim institucijama da poduzmu aktivnosti i izvrše promjene za koje su se i obvezale radi poboljšanja i postizanja zadatih ciljeva i opredjeljenja.



1. UVOD

1.1. Pozadina

Primarna zdravstvena zaštita je duži vremenski period aktuelna tema stručnjaka, javnosti i medija koji navode nezadovoljstvo korisnika zbog neblagovremene usluge i neujednačene dostupnosti, kao i davaoca zbog povećanog radnog opterećenja. Navedene probleme potvrđuju i rezultati predstudijskog istraživanja u kojem je revizija procijenila da svaki drugi korisnik čeka više dana na dobivanje usluga.² Najčešći razlozi ovakvog stanja prema rezultatima nekoliko istraživanja³ odnose se na neadekvatan način planiranja i neracionalno korištenje raspoloživih resursa, nerazvijenu funkciju monitoringa, evaluacije i vrednovanja učinka.

Vlasti na svim nivoima u FBiH su se kroz propise i strategije opredijelile za koncept jačanja primarne zdravstvene zaštite, kako bi ista bila ujednačeno dostupna i sposobna da rješava 80% potreba stanovništva.⁴ Na taj način uticalo bi se na smanjenje upućivanja pacijenata na više i skuplje nivoe zdravstvene zaštite i racionaliziranje troškova.⁵ Međutim ova opredjeljenja nisu u značajnoj mjeri ostvarena da napredak učine prepoznatljivim i zadovoljavajućim. Navedeno potvrđuje i zdravstvena statistika prema kojoj je, u posljednjih pet godina, preko dvije trećine slučajeva upućeno na više nivoe zdravstvene zaštite.

Problem revizije se odnosi na upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom koji se tiču neujednačene dostupnosti sa aspekta blagovremenosti, ličnog sudjelovanja građana i korištenja usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava.

Zbog značaja primarne zdravstvene zaštite te saznanja iz predstudijskog istraživanja o neujednačenoj dostupnosti zdravstvenih usluga, Ured za reviziju odlučio je da provede reviziju učinka upravljanja primarnom zdravstvenom zaštitom u Federaciji BiH.

² Izjave korisnika PZZ, izjave odgovornih i rezultati upitnika

³ Analize i prezentacije zavoda za javno zdravstvo, Izveštaj ICVA, Istraživanje o uspostavljanju PZZ u FBiH u izveštaju Svjetske zdravstvene organizacije koje je sprovedla „Prizma“

⁴ Strategija za razvoj PZZ- Opredjeljenje Vlade: Vlada Federacije BiH nastoji razviti zdravstveni sektor na način koji će poboljšati učinkovitost, ujednačenost i kvalitet usluga sa održivim sistemom financiranja, reformu PZZ i jačanju univerzalne pokrivenosti stanovništva sa zdravstvenim osiguranjem, kako bi sve kategorije društva imale podjednak pristup.

⁵ Ukupni troškovi u zdravstvu u Federaciji BiH, u 2008. godini iznose 8,6% GDP;

1.2. Cilj i revizijska pitanja

Cilj revizije je da se procijeni da li je upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom efikasno kako bi osiguralo ujednačenu dostupnost sa aspektima blagovremenosti, ličnog sudjelovanja građana u troškovima zdravstvene zaštite i korištenja usluga na ovom nivou.

Revizijska pitanja odnose se na ulogu i aktivnosti nadležnih institucija u upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom kako bi se postigli zacrtani ciljevi i opredjeljenja:

1. Da li se u domovima zdravlja pružaju ujednačeno dostupne usluge?
2. Da li kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja dodjeljuju finansijska sredstva za pružanje ujednačeno dostupnih usluga uvažavajući učinak domova zdravlja?
3. Da li su kantonalna ministarstva poduzela aktivnosti da planiranje i raspodjela resursa obezbjedi ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu?
4. Da li je Federalno ministarstvo zdravstva razvilo monitoring i evaluaciju, te poduzimalo aktivnosti u cilju osiguranja uslova za ujednačenu dostupnost?

1.3. Subjekti revizije

Revizijom su obuhvaćene slijedeće institucije: Ministarstvo zdravstva FBiH, šest kantonalnih ministarstava zdravstva i zavoda zdravstvenog osiguranja i slijedeći domovi zdravlja po kantonima:

- Kanton Sarajevo: Novi Grad, Centar, Vogošća, Ilidža, Stari Grad, Novo Sarajevo;
- Zeničko-dobojski kanton: Zenica, Visoko, Usora;
- Unsko-sanski kanton: Bihać, Ključ, Bosanski Petrovac;
- Hercegovačko-neretvanska županija/kanton: Mostar, Mostar RMC, Neum, Čapljina;
- Srednjebosanski kanton/Kanton Središnja Bosna: Kreševo, Travnik, Novi Travnik;
- Županija Zapadno-hercegovačka: Grude, Široki Brijeg.



1.4. Obim i ograničenja

Obzirom da u Federaciji BiH postoji 81 dom zdravlja u kojima se pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite, bilo je neophodno odabrati uzorak kojim se može dati slika blagovremenosti i ujednačene dostupnosti primarne zdravstvene zaštite. Odabrani uzorak od 21 doma zdravlja predstavlja oko $\frac{1}{4}$ od ukupnog broja domova zdravlja u kojima se pružaju zdravstvene usluge za oko 1.675.000⁶ stanovnika. To čini oko 72% stanovništva Federacije BiH. Izbor domova zdravlja izvršen je na bazi kombinovanih kriterija, kako bi dobili što reprezentativniju sliku. Pri odabiru uzorka uvažavani su faktori koji se odnose na: broj, demografsku i socijalnu strukturu stanovnika, geografsku zastupljenost i ekonomsku razvijenost. Domovi zdravlja razvrstani su po broju stanovnika u tri grupe (mali do 15.000 stanovnika, srednji, od 15.000 do 50.000, veliki domovi zdravlja preko 50.000).

Sagledana je uloga nadležnih institucija na kantonalmom i na federalnom nivou u vremenskom periodu koji obuhvata 2008. i 2009. godinu, i dio informacija u 2010. godini.

Revizija se fokusirala na ispitivanje ujednačene dostupnosti koja je sagledana kroz blagovremenost i lično učešće osiguranika u troškovima za usluge iz osnovnog paketa zdravstvenih prava.

Za ispitivanje blagovremenosti u pružanju usluga u domovima zdravlja za uzorak je odabrana služba opšte/ porodične medicine. Blagovremenost je ispitivana kroz mjerjenje čekanja pacijenata na uslugu, bilo da imaju zakazan termin ili ne, i to:

- u danima od iskazane potrebe pacijenta do zakazanog termina za prijem
- u minutama od zakazanog termina za prijem do ulaska kod ljekara (naručenih pacijenata)
- u minutama od dolaska pacijenta u ambulantu do ulaska kod ljekara (nenaručenih pacijenata)

Revizija je svjesna da ispitivanje blagovremene usluge u službi opšte/porodične medicine ne daje potpunu sliku blagovremenosti u svim službama primarne zdravstvene zaštite. Međutim, revizija smatra bitnim ispitivanje upravo u ovoj službi, jer se u istoj korisnik prvi put susreće sa zdravstvenim sistemom i iz iste

⁶ Izvor: Prema podacima Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja u Federaciji BiH u 2009. godini broj stanovnika iznosio je 2.327.318. Od ovog broja stanovnika registrirano je 1.980.034 ili 85 % osiguranih lica.

upućuje na druge nivoe. Nadalje, rezultati istraživanja mogu pružiti indiciju i/ili ukazati na stvarne probleme u funkcionisanju primarne zdravstvene zaštite.

Revizija je sagledala dostupnost uslugama iz osnovnog paketa zdravstvenih prava kroz učešće korisnika u troškovima zdravstvene zaštite prema donesenim odlukama. Sredstva iz Fonda solidarnosti za ujednačavanje dostupnosti zdravstvene zaštite po kantonima sagledana su kroz iznos sredstava koji je trebao biti doznačen i koja su stvarno doznačena u ovaj Fond iz Federalnog budžeta u petogodišnjem periodu.

Kada govorimo o ograničenjima pri korištenju podataka u ovoj reviziji, tu također postoji prostor za određene rezerve, iako su isti provjereni koliko je god to bilo moguće. Neki od podataka su bazirani na informacijama prikupljenim kroz upitnike i/ili na interpretacijama dostupnih dokumenata. Pored ovoga, neke od informacija dostavljene Uredu za reviziju su bile nepotpune, nesigurne, pa čak i kontradiktorne. Revizija je također, pokušala da stekne najbolju moguću sliku i da kroz proces provjere i usaglašavanja podataka sa svim odgovornim institucijama uključenim u upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom razriješi važna pitanja od značaja za opšte zaključke.

Revizija nije ispitivala specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu kao ni pitanja naplativosti doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kao ni kvalitetu zdravstvenih usluga.

1.5. Kriteriji procjene

Prema mišljenju Ureda za reviziju važno je razviti primarni nivo zdravstvene zaštite, kao temelj zdravstvenog sistema, u kojem će svi građani imati ujednačenu dostupnost i da ista rješava većinu zdravstvenih potreba korisnika, što je i cilj nadležnih institucija u oblasti zdravstva.

Kriteriji za procjenu ujednačeno dostupne primarne zdravstvene zaštite izvedeni su iz opredjeljenja, zakonskih i strateških odluka Vlade FBiH i nadležnih ministarstava.

Za procjenu blagovremenosti pružanja zdravstvenih usluga nije uspostavljen kriterij ni na jednom nivou koji govori u kojem vremenu se treba pružiti zdravstvena usluga, a korisnici očekuju da dobiju istu u vrijeme kada za to imaju potrebu. Revizija je za relativni kriterij procjene blagovremene usluge uzela primjer dobre prakse iz procedura JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo. U proceduri se vrijeme od 48 sati navodi kao vrijeme u kojem se treba pružiti zdravstvena usluga ukoliko je to moguće. Relativni prihvatljivi kriterij za



procjenu blagovremenosti nije moguće koristiti u svim slučajevima obzirom na različite potrebe korisnika (hitni i specifični slučajevi).

Što se tiče ujedančene dostupnosti sa aspekta korištenja usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava, revizija se poslužila donešenim odlukama koje regulišu prava i lično učešće građana u korištenju usluga zdravstvene zaštite.

1.6. Izvori podataka i metode revizije

Podaci za procjenu upravljanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prikupljeni su iz više izvora. Ovaj način omogućio je da se stekne što potpunija slika kako bi se mogla donijeti neovisna procjena i dati preporuke za poboljšanje. Potrebni podaci prikupljeni su iz dokumentacije revidiranih institucija, zakonske regulative i podzakonskih akata, te strateških smjernica u Federaciji BiH. Također su korišteni izvještaji zavoda iz oblasti zdravstva i studije domaćih i međunarodnih institucija koje su se bavile istraživanjem u oblasti zdravstva.⁷ Korištene su informacije o načinu funkcionisanja primarne zdravstvene zaštite u okruženju i njihova iskustva s ciljem sticanja znanja i perspektiva.

Kombinovanjem različitih metoda sagledan je uticaj nadležnih institucija na sprovođenje primarne zdravstvene zaštite. Analizirane su informacije prikupljene i direktnim opservacijama na terenu. Intervjui su obavljeni sa osobama različitih funkcija, od rukovodećih službenika do operativnih izvršioca, kako bi se razumio način na koji se tumači i primjenjuje sve ono što su vlasti u Federaciji BiH kreirale kao ambijent u kojem se provodi primarna zdravstvena zaštita. Također, su obavljeni razgovori sa korisnicima zdravstvenih usluga prisutnim u domu zdravlja. Da bi se uštedjelo vrijeme kod prikupljanja velikog broja informacija, korištena je metoda upitnika.

Blagovremenost je ispitana putem ankete koja je provedena na isti dan u 21 domu zdravlja na području 6 kantona u ambulantama opšte/porodične medicine.⁸ Pored ankete, posjećen je određeni broj domova zdravlja i obavljeni su razgovori

⁷ Istraživanje o uspostavljanju PZZ u FBiH u izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije koje je sprovedla „Prizma“ i provođenje PZZ u Republici Hrvatskoj i način ugovaranja usluga PZZ,

⁸ Anketa je sadržavala sljedeća pitanja: ime i prezime pacijenta, datum kada je pacijent iskazao potrebu za prijem kod ljekara, datum zakazivanja pregleda, vrijeme čekanja od zakazanog termina do ulaska kod ljekara i vrijeme zadržavanja kod ljekara (za system naručivanja). Pitanja koja se odnose na pacijente koji su došli nenaručeni odnosila su se na: vrijeme dolaska u ambulantu, koliko je čekao na prijem kod ljekara i koliko se zadržao na pregledu. U ukupno 21 doma zdravlja, anketni list je popunilo oko 1000 pacijenata. Detaljno je mjereno vrijeme čekanja za 981 pacijenta, dok ostali anketni listovi (oko 1,9%) nisu analizirani jer nisu bili ispravno popunjeni.

sa davaocima i korisnicima zdravstvenih usluga, kako bi obezbijedili mišljenja istih o ovom problemu. Uzorak je obuhvatilo broj stanovnika što predstavlja reprezentativnu populaciju kako bi se ilustrovala blagovremenost i ujednačena dostupnost uslugama primarne zdravstvene zaštite. Na osnovu postavljenog kriterija izvršena je procjena dužine čekanja na zdravstvenu uslugu. (*Detaljnije o anketi: Prilog br.2*)

Za procjenu efikasnosti domova zdravlja analizirani su podaci o broju izvršenih usluga i iznosu sredstava po uposlenom dovodeći u korelaciju sa čekanjem pacijenata. Ispitano je i u kojoj mjeri domovi zdravlja pružaju preventivne usluge i rješavaju potrebe korisnika na ovom nivou, a koliko upućuju na druge nivoje zdravstvene zaštite. U domovima zdravlja ispitivano je da li se pri planiranju resursa uvažava radno opterećenje i učinak timova. Za uzimanje ovih indikatora revizija je našla uporište u prijedlogu metodologije Queens univerziteta za planiranje kadrova u BiH⁹ koja uzima u obzir broj izvršenih usluga u odnosu na raspoložive timove.¹⁰ Analiziran je način na koji domovi zdravlja prate i izvještavaju nadležne institucije o učinku i u koje svrhe.

U tom smislu sagledani su kriteriji po kojima se vrši planiranje i raspodjela resursa u domovima zdravlja i uloga kantonalnih ministarstava i zavoda zdravstvenog osiguranja na blagovremenost i ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite. U zavodima zdravstvenog osiguranja analiziran je način ugovaranja i raspodjele resursa za domove zdravlja, te u kojoj mjeri se planovi domova zdravlja uvažavaju. Ispitani su i kriteriji za dodjelu resursa domovima zdravlja u različitim kantonima. Uloga kantonalnih ministarstava u planiranju i raspodjeli resursa sagledana je kroz donošenje planskih dokumenata, davanje saglasnosti na finansijske planove zavoda zdravstvenog osiguranja i planiranje ljudskih resursa.

Analizirane su aktivnosti Federalnog ministarstva zdravstva u smislu osiguranja ujednačene dostupnosti primarne zdravstvene zaštite za sve stanovnike Federacije BiH. Ispitivano je na koji način donesene odluke utiču na planiranje i raspodjelu resursa, kao i da li se donošenje ovih odluka temeljilo na praćenju i evaluiranju relevantnih indikatora.

⁹ Metodologija Queens data je okviru „Politike primarne zdravstvene zaštite na Balkanu“; 31. Januar 2008. godine

¹⁰ Prema metodologiji Queens univerziteta za planiranje kadrova u BiH prosječno radno opterećenje(Py) izračunava se stavljanjem u odnos broja pruženih usluga u jednoj godini po svakom medicinskom profilu(Sy) kroz broj pružaoca usluga tog medicinskog profila(fy). Vrijedi slijedeća formula za svaku godinu(y): $Py = Sy / fy$.



1.7. Struktura izvještaja

Revizijski izvještaj koji svojom strukturom daje procjenu stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH, sa aspekta planiranja i raspodjele resursa, sačinjen je iz sljedećih poglavlja:

- U poglavlju dva opisan je način planiranja i raspodjele resursa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz aktivnosti i uloge nadležnih institucija;
- U poglavlju tri su prezentirani nalazi revizije;
- Poglavlje četiri sadrži zaključke;
- U poglavlju pet prezentirane su preporuke;
- Prilozi sadržavaju reference i dodatne statističke pokazatelje.

2. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U FEDERACIJI BiH

Zdravstvena zaštita se pruža u skladu sa načelima¹¹ zdravstvene zaštite koja su osim Zakonom iz 1997. godine, potvrđena i novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti donesenim 2010. godine. Navedenim Zakonom je po prvi put za korisnike primarne zdravstvene zaštite uvedena mogućnost izbora doktora medicine i stomatologije. Tada se zapravo počelo razmišljati o reorganizaciji domova zdravlja. Obično je je u domovima zdravlja veliki broj pacijenata čekao satima na ulazak kod ljekara što je stvaralo nezadovoljstvo korisnika, a i davaoca usluga. Najviše pacijenata je čekalo na uslugu ljekara opće medicine, jer je to prvi kontakt korisnika sa zdravstvenim sistemom. U nastojanju da se uspostavi funkcionalna primarna zdravstvena zaštita poduzete su, između ostalog, i aktivnosti na uvođenju porodične medicine. Ista ima svrhu kroz blagovremeno i preventivno djelovanje rješavavati što više zdravstvenih potreba na primarnom nivou.

Pored navedenog, donesen je i Zakon o zdravstvenom osiguranju prema kojem sva osigurana lica imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.¹² U cilju ostvarivanja jednakih uslova za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja osnovan je Fond solidarnosti. Pored toga doneseno je i više podzakonskih akata za ujednačavanje dostupnosti primarne zdravstvene zaštite.

2.1. Propisi i namjere vlasti

Oblast zdravstva u Federaciji BiH regulišu dva temeljna zakona i to: Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju.¹³ Važećim propisima uspostavljen je decentraliziran sistem zdravstvene zaštite sa podijeljenim nadležnostima između Federacije BiH i deset kantona. Te nadležnosti mogu biti ostvarene zajednički ili odvojeno, ili od strane kantona koordinirano od federalne vlasti uz dogovaranje na trajnoj osnovi.¹⁴ Obzirom na podijeljene nadležnosti

¹¹ Načela zdravstvene zaštite: sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost, cijeloviti pristup, specijalizirani pristup, solidarnost, unapređenja kvalitete, efikasnost.

¹² Član 11. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj 30/97)

¹³ Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. novine FBiH“, broj 29/97) kojim se uređuje način organizacije, načela i provođenje zdravstvene zaštite, i Zakon o zdravstvenom osiguranju („SL.novine FBiH“, broj 30/97) kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i zdravstvena prava koja se temelje na principima uzajamnosti i solidarnosti. Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. novine FBiH“, broj 46/10).

¹⁴ Prema Ustavu Federacije Bosne i Hercegovine u oblasti zdravstva predviđena je podijeljena nadležnost između federalne vlasti i kantona i to tako da: Federalna vlast ima pravo utvrđivati politiku i donositi zakone pri čemu se uzimaju u obzir različite situacije u pojedinim kantonima i potrebu za fleksibilnošću u provođenju, Kantoni imaju pravo utvrđivati politiku i provoditi zakone (»Službene novine FBiH« broj:1/94).



između Federacije i kantona doneseni su i određeni propisi iz ove oblasti i na kantonalmom nivou. (*Detaljnije o propisima koji reguliraju oblast zdravstva: Prilog broj 1*)

Već dugi niz godina, institucije nadležne za oblast zdravstva svoje aktivnosti su posebno usmjerile na jačanje primarne zdravstvene zaštite sa ciljem da ista bude učinkovita i ujednačeno dostupna za sve građane Federacije BiH. To podrazumijeva da faktori kao što su geografski položaj, socijalne prilike, vjerska i religijska opredjeljenja, spol i rasa, kao ni ekonomski prilike ne bi trebale utjecati na ostvarenje ovih opredjeljenja. Namjera je da se promocijom zdravlja i prevencijom bolesti riješi što više potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom kako bi se utjecalo na poboljšanje zdravlja i racionalizirali troškovi. U skladu sa zakonskim i strateškim opredjeljenjima¹⁵ nadležne institucije su donijele i određene podzakonske akte.¹⁶ Neki od tih akata predstavljaju osnovu za planiranje i raspodjelu resursa i uz one koji definišu sadržaj i obim prava trebali bi osigurati ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite.

2.2. Nadležne institucije za funkcionisanje primarne zdravstvene zaštite

Za funkcionisanje sistema primarne zdravstvene zaštite odgovorno je više nivoa vlasti, svako u svojoj nadležnosti i više institucija na tim nivoima. Primarna zdravstvena zaštita koja je predmet revizije pruža se u domovima zdravlja za stanovništvo na svom području. Na kantonalmom nivou postoji deset kantonalnih ministarstava nadležnih za zdravstvo, isto toliko ima i zavoda za zdravstveno osiguranje i zavoda za javno zdravstvo. Na federalnom nivou je: Federalno ministarstvo zdravstva, zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja i zavod za javno zdravstvo. Ovakva struktura predstavlja veoma fragmentiran sistem, jer svaki od ovih sistema ima mnogo podsistema na lokalnim nivoima.

¹⁵ Strategija razvoja primarne zdravstvene zaštite donesena 2006. godine; Strateški plan razvoja u FBiH 2008.-2018. godine

¹⁶ Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Sl. novine FBiH“, broj: 5/03); Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava („Sl. novine FBiH“, broj: 21/09); Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Sl. novine FBiH“ broj: 21/09).

2.2.1. Domovi zdravlja

Na području Federacije BiH postoji 81 dom zdravlja, koji imaju i područne ambulante raspoređene na lokalnom nivou. Domove zdravlja osniva zakonodavno tijelo kantona (skupština) ili opština (opštinsko vijeće), isti imaju funkciju izvođenja primarne zdravstvene zaštite. Menadžment doma zdravlja je zadužen za organizaciju rada¹⁷ i planiranje ljudskih i finansijskih resursa. Domovi zdravlja su posljednjih godina uveli sistem zakizavanja termina pregleda u službi porodične medicine kako bi korisnici i pružaoci zdravstvenih usluga mogli bolje upravljati svojim vremenom. Zakazivanje se najčešće vrši telefonskim putem a termini sa imenima pacijenata evidentiraju u knjige protokola. O svom radu domovi zdravlja izvještavaju više institucija¹⁸ u različite svrhe, a godišnje izvještaje, putem ministarstva zdravstva dostavljaju na usvajanje zakonodavnog tijelu kantona ili opštine. Menadžment doma zdravlja kantonalmu ministarstvu zdravstva dostavlja i Plan potrebnih specijalista. Potrebe za finansijskim sredstvima, na osnovu planskih dokumenata, domovi zdravlja dostavljaju zavodu zdravstvenog osiguranja kao finansijeru. Informacije o broju uposlenih kadrova i evidencije o izvršenim uslugama takođe dostavljaju ovom zavodu i kantonalmu zavodu za javno zdravstvo koji vodi zdravstvenu statistiku. U oba slučaja domovi zdravlja na različitim obrascima pomenutim zavodima dostavljaju veliki broj istih informacija.

2.2.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja

Finansiranje primarne zdravstvene zaštite, najvećim djelom se vrši na kantonalmu nivou. Sredstva od doprinosa gradana za zdravstveno osiguranje se prikupljaju u fondove kojima upravljaju kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja. Oni su odgovorni za raspodjelu sredstva iz fondova na način da to doprinosi poboljšanju pružanja zdravstvenih usluga. Sredstva se dodjeljuju po uspostavljenim kriterijima, tako što zavodi zaključuju ugovore sa domovima zdravlja. Zakonom o zdravstvenom osiguranju određeni su kriteriji za zaključivanje Ugovora između Doma zdravlja i Zavoda zdravstvenog osiguranja. Ugovorom se utvrđuju: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje zdravstvena ustanova pruža osiguranim licima, naknade koje kantonalni zavod

¹⁷ Djelatnost DZ obuhvaća: opću medicinu zdravstvenu zaštitu žena i djece, školsku medicinu, zdravstvenu zaštitu plućnih oboljenja i Zubozdravstvenu djelatnost. Na svom području DZ-mora osigurati higijensko-epidemiološku djelatnost, hitnu medicinsku pomoć, laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku, ako te djelatnosti nisu organizirane u okviru bolnice, odnosno druge zdravstvene ustanove.

¹⁸ Planove potreba, izvještaje o izvršenim uslugama i broju kadrovima DZ dostavljaju zavodu zdravstvenog osiguranja i zavodu za javno zdravstvo.



osiguranja plaća za pružanje ugovornih usluga, način obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i obaveze ugovarača. Standardi i normativi zdravstvene zaštite koje je donijelo Federalno ministarstvo zdravstva – ministar, predstavljaju jedan od elemenata za utvrđivanje programa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i osnov su ugovaranja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama.

2.2.3. Kantonalna ministarstva zdravstva

Ministarstva zdravstva nadležna su za osiguranje sveobuhvatnog provođenja zdravstvene zaštite na području kantona i donose dokumente koji su osnova za planiranje i raspodjelu resursa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. To uključuje: donošenje mreže zdravstvene djelatnosti i ustanova, utvrđivanje programa i plana zdravstvene zaštite (uzimajući u obzir: zdravstveno stanje, broj, spolnu i socijalnu strukturu stanovništva i vodeći računa o rijetko naseljenim područjima) i registraciju pacijenata¹⁹. Također imaju i važan uticaj kroz davanje saglasnosti za finansiranje i planiranje ljudskih resursa, te vrši nadzor nad zakonitošću rada kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

2.2.4. Federalno ministarstvo zdravstva

Federalno ministarstvo je nadležno i odgovorno za kreiranje politike zdravstvenog sektora i donošenje zakona. Takođe, ima važnu ulogu u planiranju ljudskih resursa obzirom da ono daje konačno odobrenje za specijalizacije ljekara²⁰. Federalno ministarstvo donosi i određene propise koji imaju za cilj ujednačavanje dostupnosti primarne zdravstvene zaštite. U tu svrhu Federalno ministarstvo je donijelo Odluku o Standardima i normativima prema kojoj se isti standard pod jednakim uslovima obezbjeduje svim osiguranim licima.²¹ Ovi Standardi bi trebali poslužiti i kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja kao osnova za ugovaranje sa zdravstvenim ustanovama. Parlament Federacije BiH je na prijedlog Vlade FBiH donio odluku o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava i Odluku o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u korištenju pojedinih vidova zdravstvene zaštite.²² Kantoni su dužni

¹⁹ Provedbene akte o slobodnom izboru doktora medicine i doktora stomatologije PZZ donosi kantonalni ministar (Član 64. Zakona o zdravstvenom osiguranju)

²⁰ U Federaciji BiH je u 2008. Godini bilo uposleno 57 doktora medicine na 100.000 stanovnika, od čega su oko 63% specijalisti raznih disciplina. Dr. medicine su različito raspoređeni po kantonima: najviše u Kantonu Sarajevo(89/100.000), a najmanje u Unsko-sanskom (29/100.000).

²¹ Član 2. Stav 1. i 2. Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

²² „Službene novine Federacije BiH“ 21/09

svoje propise i akte usaglasiti sa ovim odlukama. U svrhu izjednačavanja mogućnosti kantona u pružanju zdravstvene zaštite osnovan je Fond solidarnosti na federalnom nivou pri Federalnom zavodu za osiguranje i reosiguranje. Sredstva za funkcionisanje ovog fonda obezbjeđuju se iz doprinosa obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se uplaćuju na kantonalmom nivou u iznosu od 9% prikupljenih sredstava i istog iznosa iz federalnog budžeta. Federalno ministarstvo takođe, ima nadležnost²³ da vrši praćenje i evaluaciju stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i koordinira aktivnosti sa kantonalmim ministarstvima zdravstva. Potrebne informacije²⁴ za provođenje ovih aktivnosti sadržane su u godišnjim izvještajima koje nadležni federalni zavodi²⁵ dostavljaju nadležnom ministarstvu i Parlamentu FBiH sa zaključcima i preporukama.²⁶

²³ Pravilnik o unutarnjoj organizaciji Ministarstva zdravstva FBiH: sektor za analitiku, plan i upravljanje resursima u zdravstvu, sektrpr za javno zdravlje monitoring i evaluaciju, sektor za finansiranje

²⁴ Informacije o zdravstvenom stanju stanovništva, ljudskim resurse u zdravstvenim ustanovama, broju izvršenih usluga, kao i finansijski podaci vezani za potrošnju sredstava u zdravstvenom sektoru na području cijele Federacije

²⁵ Zavod za javno zdravstvo FBiH ima ulogu vođenja statistike iz područja zdravstva u svrhu praćenja i ocjene zdravstvenog stanja stanovništva, te iz područja rada i organizacije zdravstvenih službi o čemu se podaci prikupljaju iz kantonalmih zavoda za javno zdravstvo. Vezano za primarnu zdrastvenu zaštitu godišnji izvještaji Federalnog zavoda za javno zdravstvo koji se dostavlja Federalnom ministarstvu zdravstva sadrže podatke koji se odnose na broj i strukturu kadrova i broj posjeta u domovima zdravlja u FBiH, broj stanovnika po 1 doktoru medicine, kao i broj posjeta po stanovniku

²⁶ Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH



3. NALAZI REVIZIJE

Nalazi revizije su prikazani u odnosu na cilj revizije i postavljena revizijska pitanja. Strukturirani su po institucijama koje su obuhvaćene revizijom, a odnose se na blagovremenost, lično sudjelovanje građana i korištenje usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava.

3.1. DOMOVI ZDRAVLJA

Nalazi revizije za domove zdravlja obuhvataju:

- Blagovremenost
- Efikasnost domova zdravlja
- Radno opterećenje
- Praćenje i izvještavanje o učinku
- Planiranje resursa

3.1.1. Blagovremenost pružanja usluga

U domovima zdravlja u uzorkom odabranoj službi porodične medicine vrijeme čekanja nije ujednačeno. Pregledom knjiga naručivanja pacijenata uočeno je da one sadrže samo datum i vrijeme kada pacijent treba doći kod ljekara, te je konstatovano da nema podataka o tome kada je pacijent zatražio zdravstvenu zaštitu. Domovi zdravlja ne posjeduju procedure koje objašnjavaju sistem naručivanja. U nastavku teksta prikazano je vrijeme čekanja naručenih pacijenata na zakazani termin iskazano u danima (od iskazivanja potrebe pacijenta do dolaska u ambulantu) i vrijeme čekanja naručenih i nenaručenih pacijenata iskazano u minutama (od dolaska u ambulantu do prijema kod ljekara):

• Vrijeme čekanja korisnika iskazano u danima

Konstatovano je da je od 369 korisnika na zakazani termin u danima čekalo više od 70% ili 259 korisnika. Određeni su intervali čekanja kako bi se vidjelo koliko korisnika čeka duže od procijenjenog kriterija. Od ukupnog broja korisnika koji su čekali na zakazani termin oko 38% je čekalo od 1 do 2 dana, oko 47% čekalo je od 3 do 5 dana, dok je preko 15% čekalo više od 6 dana (*Detaljnije o čekanja korisnika u danima Tabela br.1: Prilog broj 2*).

Tabela broj 1: Čekanje korisnika u domovima zdravlja razvrstani po grupama (uzorak)

Dom zdravlja	Ukupno pacijenata	Pacijenti koji nisu čekali	Vrijeme čekanja pacijenata u danima			
			Pacijenti koji su čekali	Broja pacijenta		
				1-2 dana	3-5 dana	6 i više
Novi Grad	14	1	13	5	3	5
Zenica	49	20	29	23	3	3
Stari Grad	7	1	6	0	3	3
Visoko	31	15	16	2	9	5
Usora	18	10	8	6	2	0
B. Petrovac	45	9	36	6	29	1
Ukupno	164	56	108	42	49	17

Izvor: Anketa Grupa velikih DZ su: Novi Grad i Zenica, srednjih: Stari grad i Visoko i malih: Usora i Bos. Petrovac

Analizom podataka i uporedbom domova zdravlja po grupama procijenjeno je da je najveći broj pacijenata čekao od 1 do 2 dana na zakazani termin najčešće u grupi velikih domova zdravlja, od 3 do 5 dana u grupi malih, a preko 6 dana u grupi srednjih i velikih domova zdravlja.

Uočeno je da oko 70% pacijenata čeka na zakazani termin preko 2 dana. Posmatrani domovi zdravlja nemaju definisanu gornju granicu za zakazivanje termina prihvatljivu za korisnika.

• Vrijeme čekanja korisnika iskazano u minutama

Vrijeme čekanja iskazano u minutama odnosi se na korisnike usluga koji su naručeni odnosno imaju zakazan termin kod ljekara. Konstatovano je da dolaze i korisnici koji se ne naručuju, a istim se pruži zdravstvena usluga.

Izvršena je analiza 981 anketnog lista korisnika iz 21 doma zdravlja za koje je vrijeme čekanja mjereno u minutama, bilo da su naručeni (369 korisnika) ili nisu naručeni (612 korisnika). Revizijom je sagledano za koliko korisnika je odmah pružena usluga, a koliko ih je čekalo, što se prikazuje u narednoj tabeli.

Tabela broj 2: Analiza čekanja u minutama

Korisnici	Naručeni korisnici		Nenaručeni korisnici	
	Broj	Struktura	Broj	Struktura
Nisu čekali	233	63%	75	12%
Čekali	136	37%	537	88%
Ukupno	369	100%	612	100%

Izvor: Anketa

Revizijom su utvrđeni intervali čekanja korisnika, što se prikazuje u narednoj tabeli.



Tabela broj 3: Broj korisnika koji su čekali po grupama u određenim intervalima

Intervali čekanja	Naručeni korisnici		Nenaručeni korisnici	
	Broj	Struktura	Broj	Struktura
Od 5 do 10 minuta	98	72%	193	36%
Od 11 do 20 minuta	34	25%	122	23%
Više od 20 minuta	4	3%	222	41%
Ukupno	136	100%	537	100%

Izvor: Anketa (Detaljnije o čekanju korisnika u minutama tabele br. 2 i 3: Prilog broj 2)

Prethodne tabele pokazuju da je čekanje nenaručenih korisnika češće i duže u odnosu na naručene. Ispitivanjem uzroka koji su doveli do čekanja, revizija je došla do saznanja da postoji više utjecajnih faktora.

Sa stanovišta pružaoca usluga data su obrazloženja da je razlog čekanja povećano radno opterećenje odnosno nedovoljan broj potrebnih timova.²⁷ Sa stanovišta korisnika, ispitanim nije bio jasan cilj naručivanja jer su i pored prakse naručivanja morali čekati više dana, a pored toga i više minuta, iako su poštivali zakazani termin.²⁸ Procijenjeno je da uvođenje sistema naručivanja u porodičnoj medicini dobra praksa, ali isti još uvijek nije dovoljno razvijen kako bi dao očekivane rezultate²⁹ i smanjio vrijeme čekanja korisnika na uslugu. Postoji veliki broj korisnika koji nisu u sistemu naručivanja, a kojima se takođe pruži usluga, što utiče na dužinu čekanja naručenih pacijenata. Detalnjom analizom je uočeno da domovi zdravlja iako imaju sistem naručivanja primaju visok procenat nenaručenih pacijenata, u nekim i više u odnosu na naručene.

Na osnovu gore navedenog u narednom poglavljtu prikazan je uticaj radnoga opterećenja na dužinu čekanja korisnika, odnosno na blagovremenost pružanja usluga.

²⁷ Usmene i pismene izjave pružaoca zdravstvenih usluga kod kojih je mjereno čekanje

²⁸ Izjave ispitanih korisnika usluga u pojedinim domovima zdravlja

²⁹ Izjava odgovornih

3.1.2. Efikasnost domova zdravlja

Analizirajući efikasnost domova zdravlja kroz definisane parametre ustanovljena je različita efikasnost što prikazuje naredna tabela:

Tabela broj 4: Utjecaj radnog opterećenja po uposlenom u odnosu na vrijeme čekanja

R/ br	Dom zdravlja	Usluge po uposlenom	Sredstva po uposlenom	Prev. Usluge (%)	Upućeno na više nivoe (%)	Prosj. vrijeme čekanja	
						dani	minute
1.	Centar-Sarajevo	6.582	27.644	2,82	69	1	5
2.	Mostar	6.252	27.499	0,77	143	1,5	15
3.	Iličić	5.192	22.744	1,64	79	4	10
4.	Vogošća	5.110	22.052	0,74	0,74	5	17
5.	Travnik	3.727	23.213	0,63	63	-	43
6.	Novi Travnik*	3.766	24.404	-	41	2	41
7.	Čapljina**	2.967	31.390	-	47	3	8
8.	Grude	2.903	32.977	0,97	20	-	25

*Nije dostavljena analitika izvršenih preventivnih i ostalih usluga

** Nisu dostavljeni podaci o preventivnim uslugama

Kako je vidljivo iz tabele radno opterećenje i iznos sredstava po uposlenom nisu u korelaciji sa vremenom čekanja. Domovi zdravlja koji imaju slično radno opterećenje i iznos sredstava po uposlenom imali su različito vrijeme čekanja pacijenata. Istovremeno domovi zdravlja su bili i različito uspješni u rješavanju potreba korisnika na ovom nivou zdravstvene zaštite, što pokazuje procenat upućivanja na više nivoe. Pored ovoga, u svim domovima zdravlja uočen je nizak udio preventivnih usluga kojima po standardima i normativima treba posvetiti određeni dio radnog vremena.(Detaljnije o izvršenim preventivnim uslugama: Prilog broj 3)

Nakon sveobuhvatne analize revizija se nije uvjerila da postoji primjer dobre prakse po gore navedenim parametrima (radno opterećenje, čekanje, upućivanje na druge nivoe) koji oslikavaju efikasnu primarnu zdravstvenu zaštitu.

3.1.3. Radno opterećenje

Prosječno radno opterećenje zaposlenih, u uzorkom obuhvaćenim domovima zdravlja, u periodu 2008.-2009. godine, iznosilo je 4.228 usluga po zaposlenom, i pokazalo je trend rasta u 2009. godini za 3% u odnosu na 2008. godinu. Trend rasta je posmatran po kretanju dvaju parametara: broj usluga i broj zaposlenih. U navedenom periodu broj usluga i broj zaposlenih je srazmjerno rastao za 3%. Posmatrajući po grupama najveće radno opterećenje imala je grupa velikih domova zdravlja, zatim srednjih a najmanje grupa malih što prikazuje naredna tabela:



Tabela br.5: Radno opterećenje u domovima zdravlja po grupama

R /br	Domovi zdravlja po grupama	Prosječno radno opterećenje po uposl.		Prosječan broj uposl.		Prosječan broj usluga	
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.
1.	Grupa velikih	5.135	5.020	327	339	1.709.369	1.718.041
2.	Grupa srednjih	4.036	4.123	126	130	525.348	551.288
3.	Grupa malih	3.330	3.722	31	30	98.703	108.172

Izvor: Upitnici i izvještaji domova zdravlja i zavoda zdravstvenog osiguranja

Postoje razlike u radnom opterećenju posmatrano po zaposlenom upoređujući 2008. i 2009. godine. U grupi velikih došlo je do pada radnog opterećenja u 2009. godini za 2% u odnosu na 2008. godinu, dok je u grupi srednjih i malih došlo je do rasta za 2% odnosno za 12%.

Između pojedinih domova zdravlja, u okviru svake od grupe, postojale su visoke razlike u radnom opterećenju. Analiza radnog opterećenja svake od grupe odvojeno pokazuje da je raspon između najniže i najviše opterećenog doma zdravlja u grupi velikih i srednjih domova zdravlja iznosio 1:3, a u grupi malih 1:4.4. (*Detaljnije o radnom opterećenju: Prilog broj 4*)

U domovima zdravlja u kojima je evidentirano povećanje broja uposlenih, posmatrano po strukturi kadrova, najviše je upošljavano medicinskih tehničara i nemedicinskog kadra, dok je zapošljavanje ljekara bilo neznatno. (*Detaljnije o strukturi uposlenih: Prilog broj 5*)

3.1.4. Praćenje i izvještavanje o učinku

Revizijom je ustanovljeno da domovi zdravlja nemaju definisane mjerljive pokazatelje učinka na osnovu kojih bi se mogla pratiti efikasnost domova zdravlja. Ne postoji sistemski utvrđena metodologija izvještavanja o učinku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Menadžment domova zdravlja nema dovoljno jasan i jedinstven orientir za upravljanje učinkom, dok na višim nivoima nije uspostavljen odgovarajući način praćenja učinka i pouzdanosti podataka. Analiza je pokazala da nije dovoljno jasno definisana svrha pojedinih aspekata izvještavanja, kao i da se isti podaci iz više različitih izvora u kvantitativnom smislu razlikuju. Pored navedenog, nema jednoobraznih standarda za pojedinačno izvještavanje i cjelokupnu razmjenu informacija. Medicinsko osoblje u svim domovima zdravlja je izrazilo nezadovoljstvo komplikovanim i složenim aktivnostima izvještavanja, koje je posljednjih godina postalo još obimnije.

3.1.5. Planiranje resursa

Revizijom je ustanovljeno da planiranje ljudskih resursa u domovima zdravlja nije zasnovano na evaluaciji stvarnih potreba niti uvažavanju radnog opterećenja.

Postoje značajne razlike između domova zdravlja kada je u pitanju određivanje prioritetnih profila kadrova u odnosu na potrebe. Tako se u domovima zdravlja procenat nemedicinskog osoblja kreće od 12% do 40% u odnosu na ukupno zaposlene. Uočeno je u domovima zdravlja, a naročito u onim sa visokim udjelom nemedicinskog osoblja, nema razvijene funkcije dugoročnog planiranja svih kadrovskih resursa nego postoje kratkoročni i segmentirani planovi. Najčešće su to samo godišnji planovi za potrebnim specijalistima, ali ne i za cijelokupno medicinsko i nemedicinsko osoblje. Menadžment domova zdravlja nije koristio informacije o radnom opterećenju timova za planiranje potrebnih profila ljekara kao niti za ujednačavanje radnog opterećenja i/ili motivaciju timova.³⁰

Kada je u pitanju planiranje finansijskih sredstava postoje problemi vezani za uvažavanje planova domova zdravlja na koje utiču eksterni faktori. Planiranje potrebnih finansijskih sredstava domovi zdravlja sačinjavaju prema instrukcijama zavoda zdravstvenog osiguranja.³¹ Postoje problemi u finansiranju timova porodične medicine koji nisu riješeni prema strateškim opredjeljenjima a dosadašnji pokušaji nisu dali očekivane rezultate. Bez obzira na broj izvršenih usluga, ljekari imaju istu naknadu za svoj rad. Pored ovoga, nije osmišljeno sistemsko vrednovanje učinka niti motivacija za rad u ambulantama porodične medicine a naročito u ruralnim područjima.

3.2. ULOGA NADLEŽNIH KANTONALNIH INSTITUCIJA

U nastavku su prikazani rezultati revizije koji daju odgovor na pitanje da li institucije na kantonalmom nivou imaju sistem planiranja i raspodjеле resursa zasnovan na evaluaciji stanja i podsticanju efikasnosti pružaoca zdravstvenih usluga. Nalazi se odnose na revizijom obuhvaćene zavode zdravstvenog osiguranja i kantonalna ministarstava.

³⁰ Domovi zdravlja vode razne evidencije, a u sklopu redovnih poslova evidentiraju izvršene usluge posebno po službama i po pacijentima. Takođe vode i dnevne evidencije za svakog uposlenog, posebno za ljekare i za ostalo medicinsko osoblje.

³¹ Smjernice ZZO odnose se na iznos sredstava koje je svojim finansijskim planom ZZO predvidio za taj dom zdravlja.



3.2.1. Aktivnosti kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja

Aktivnosti kantonalnih zavoda, kao najznačajnijeg finansijera, sagledane su sa aspekta finansiranja primarne zdravstvene zaštite u domovima zdravlja.

• **Ugovaranje između zavoda zdravstvenog osiguranja i domova zdravlja**

Ne postoje jedinstveni kriteriji niti jedinstvena metodologija za ugovaranje u cijeloj Federaciji, tako da svaki kanton odlučuje o načinu finansiranja primarne zdravstvene zaštite. Neki kantoni su uspostavili kriterije, dok se u nekim ugovaranje vrši na paušalnoj osnovi na temelju kolektivnog ugovora, raspoloživih sredstava zavoda i broja uposlenih u domovima zdravlja. U kantonima koji su uspostavili kriterije uočeno je da su oni različiti. Kriteriji raspodjele nisu zasnovani na evaluaciji stvarnih potreba, niti su podsticajni za postizanje boljeg učinka pružaoca usluga. To u praksi znači da visina dodijeljenih sredstava zavisi od finansijske moći zavoda, pri tome ne uvažavajući druge faktore. Uglavnom se pri ugovaranju uzima u obzir samo broj korisnika usluga³² a ne informacije o zdravstvenom stanju istih i potrebnim vrstama zdravstvenih usluga kako bi usmjerili sredstva za odgovarajući obim i asortiman usluga. (*Detaljnije o kriterijima ugovaranja između zavoda i domova zdravlja: Prilog broj 8*)

Zavodi ne evaluiraju učinak domova zdravlja kako bi na osnovu toga dodjeljivali sredstva. Isti najčešće uvidom u periodične izvještaje domova zdravlja prate izvršenje primarne zdravstvene zaštite kako bi utvrdili da li je vrijednost izvršenih usluga u okviru doznačenih sredstava. Konstatovano je da većina zavoda ne dovodi u vezu davanje finansijskih sredstava sa ishodima i rezultatima pruženih zdravstvenih usluga. Zavodi nisu vršili kontrolu pruženih usluga na licu mjesta, osim u jednom slučaju.³³ Pored toga uočeno je da zavodi nemaju razvijene mehanizme za dobijanje povratnih informacija od korisnika primarne zdravstvene zaštite. (*Detaljnije o izvršenim uslugama i dodijeljenim sredstvima: Prilog broj 6*)

Ugovori koji se odnose na primarnu zdravstvenu zaštitu, u većini slučajeva, ne sadrže propisane elemente.³⁴ Uočeno je da isti nisu jednoobrazni, niti se može

³² Socijalni, demografski faktori- uzeta je samo starosna dob stanovništva a ne zdravstveno stanje određenih kategorija. U većini slučajeva ne postoje planovi primarne zdravstvene zaštite kojim bi se definirale mjere uz uvažavanje zdravstvenog stanja, broja, starosne, spolne, socijalne strukture stanovništva, stupanj razvijenosti određenog područja, saobraćajna povezanost i dr.

³³ Dostavljen je izvještaj o izvršenoj kontroli zdravstvenih ustanova na terenu iz ZZO ZE-DO kantona

³⁴ Prema članu 42 Zakona o zdravstvenoj zaštiti I članu 38 Zakona o zdravstveno osiguranju to su: vrsta, obim, kvalitet, početak obavljanja, način obavljanja I sredstva što ih za obavljanje zdravstvene djelatnosti osigurava kantonalni zavod osiguranja I ostala prava I obaveze;

utvrditi koji obim i vrsta usluga su ugovorima obuhvaćeni, te na koje službe u domovima zdravlja se odnose. Isto tako, ugovorima nisu tretirani ni obim ni vrsta preventivnih usluga. U većini kantona godišnji ugovori ne zaključuju se na vrijeme, a u nekim kantonima ugovori se zaključuju svaki mjesec. Zavodi, u zavisnosti od raspoloživih finansijskih sredstava „daju uslove“, odnosno instrukcije prema kojima domovi zdravlja sačinjavaju svoje finansijske planove koji uglavnom pokrivaju plate uposlenih i materijalne troškove.³⁵ Uočeno je da ne postoji praksa ugovaranja na osnovu analize opravdanosti zahtjeva domova zdravlja, nego zavodi zdravstvenog osiguranja dostavljaju domovima zdravlja pripremljene ugovore po principu „uzmi ili ostavi“.³⁶

Posmatrajući po grupama doznačena sredstva nisu u korelaciji sa radnim opterećenjem, što prikazuje naredna tabela:

Tabela br.6: Doznačena sredstva domovima zdravlja po grupama u KM

R /br.	Domovi zdravlja po grupama	Prosječno doznačena sredstva po uposlenom		Prosječno radno opterećenje po uposlenom	
		2008.	2009.	2008.	2009.
1.	Grupa velikih	23.123	23.641	5.135	5.020
2.	Grupa srednjih	26.520	27.256	4.036	4.123
3.	Grupa malih	24.257	26.383	3.330	3.722

Izvor: Upitnici i izveštaji domova zdravlja i zavoda zdravstvenog osiguranja

Analizirajući doznačena sredstva i radno opterećenje po zaposlenom uočeno je da isti nisu u korelaciji. U većini slučajeva domovima zdravlja sa visokim radnim opterećenjem dodjeljivana su manja sredstva po zaposlenom nego u onim sa nižim radnim opterećenjem. (*Detaljnije o dodijeljenim sredstvima domovima zdravlja Prilog broj 7*)

• Naknada za rad timova

Naknada za rad jednog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ovisi o novčanoj vrijednosti boda koju utvrđuje Upravni odbor zavoda.³⁷ Vrijednost boda ovisi o raspoloživim sredstvima zavoda. Vrijednost boda se razlikuje između kantona i mijenja se više puta u toku godine, što utiče na iznos sredstava koja se dodjeljuje domovima zdravlja. Ovakva situacija utiče i na planiranje domova zdravlja, jer

³⁵ Smjernice ZZO odnose se na iznos sredstava koje je svojim finansijskim planom ZZO predvidio za taj dom zdravlja.

³⁶ Izjave nadležnih u domovima zdravlja

³⁷ Godišnja vrijednost naknade za program rada jednog tima, određena je brojem bodova iz Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite. („Službene novine FBiH“ broj: 05/03)



finansijska neizvjesnost ne daje prostor domovima zdravlja za blagovremeno planiranje.

U četiri kantona utvrđena je vrijednost boda za rad timova, a u dva kantona (u kojima nisu utvrdili vrijednost boda) naknada za rad timova obračunava se po kolektivnom ugovoru³⁸. Kao ilustracija različite vrijednosti naknade za rad tima po kantonima uzet je primjer tima iz porodične medicine:

Tabela br.7: Vrijednost boda za utvrđivanje naknada za program rada tima u PZZ po kantonima:

Kantoni/ županije	Vrijednost boda		Naknada za rad tima ³⁹	
	2008.	2009.	2008.	2009.
Unsko-sanski kanton	0,63	0,68	57.393	61.948
Srednjebosanski kanton	0,69	0,756	62.790	68.872
	0,717*	-	65.319	-
Hercegovačko-neretvanski kanton⁴⁰	0,76	0,76	69.236	69.236
Zapadno hercegovački kanton	--	--	--	--
Zeničko-dobojski kanton	0,75	0,85	68.325	68.325
Kanton Sarajevo	--	--	-	-

*Vrijednost boda za period 01.01.-30.06.2008. godine i vrijednost boda za period 01.07.-31.12.2008. godine

Prethodna tabela prikazuje da domovi zdravlja za rad jednog tima, koji obavljaju iste vrste usluga, dobivaju različit iznos sredstava.

Zavodi su odredili različit broj korisnika po timu u skladu sa finansijskim mogućnostima. Standardi i normativi za službu porodične medicine ostavljaju mogućnost kantonima da odrede broj stanovnika po jednom medicinskom timu (u rasponu od 1.500 do 2.500 stanovnika po timu⁴¹). Pored toga u nekim kantonima dodjeljivani su timovi u odnosu na cjelokupno a u nekim samo na osigurano stanovništvo. Prilikom dodjeljivanja timova, bilo da se radi o osiguranom ili neosiguranom, u obzir se uzima samo broj korisnika bez uvažavanja zdravstvenog stanja određene populacije, starosne strukture korisnika koja pripada jednom timu i drugih faktora (npr. industrijske zone i zagađenja).

³⁸ Kolektivnim ugovorom je određena osnovica i koeficijent po kojem se izračunava vrijednost naknade za jedan tim

³⁹ Naknada za rad bilo kojeg tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti izračunava se množenjem vrijednosti boda sa ukupnim brojem bodova za tu službu po standardima i normativima

⁴⁰ Izvor podataka: Ugovor sa domom zdravlja jer ZZO nije dostavio podatak ovijednosti boda ;ZZO HNK/Ž prilikom obračunavanja naknade umanjuje naknade za 20% kao korektivni faktor

⁴¹ Raspon u broju korisnika na jedan tim prema Standardima i normativima dat je samo za službu opće-porodične medicine.

3.2.2. Aktivnosti kantonalnih ministarstava nadležnih za oblast zdravstva

Kantoni su nadležni da osiguraju primarnu zdravstvenu zaštitu koja treba da zadovolji potrebe stanovništva na tom području. Revizijom je vršena procjena utjecaja poduzetih aktivnosti kantonalnih ministarstava zdravstva u procesu planiranja primarne zdravstvene zaštite.

- Planiranje primarne zdravstvene zaštite**

U većini kantona ne postoji dugoročna vizija strateškog planiranja razvoja primarne zdravstvene zaštite. Strateški plan razvoja primarne zdravstvene zaštite, donesen je samo u Kantonu Sarajevo a u Zeničko-dobojskom kantonu postoji Nacrt strategije od 2007. godine koji nije usvojen.⁴² Program i plan mjera zdravstvene zaštite donijela su tri kantona i to: Kanton Sarajevo, Zeničko-dobojski i Srednjebosanski kanton. Pregledom navedenih akata konstatovano je da je isti u Kantonu Sarajevo utvrđen kroz Strategiju razvoja zdravstva i Analizu zdravstvenog stanja stanovništva.⁴³ Preporuke iz navedene analize predstavljaju godišnji plan mjera zdravstvene zaštite. U Srednjebosanskom kantonu Program i plan mjera zdravstvene zaštite je dio Dokumentacione osnove, dok je u Zeničko-dobojskom kantonu u sastavu plana rada kantonalnog ministarstva zdravstva.

Mrežu zdravstvene djelatnosti za primarnu zdravstvenu zaštitu nisu donijela tri kantona obuhvaćenih uzorkom. Zdravstvena zaštitu stanovništva na području kantona treba da se organizuje u skladu sa donesenom mrežom zdravstvene djelatnosti koja obuhvata vrstu i kapacitet zdravstvenih ustanova.⁴⁴ U Unsko-sanskom kantonu koji nije donio navedeni akt, svake godine, daje se saglasnost Zavodu zdravstvenog osiguranja sa kojim domovima zdravlja može zaključiti ugovore⁴⁵. Kantoni su djelimično uspostavili mrežu ambulanti porodične medicine aktivnije u okviru Projekta „Jačanje zdravstvenog sektora“.⁴⁶

⁴² Strategija razvoja zdravstva 2006.-2015. godine;

⁴³ Analizu zdravstvenog stanja stanovništva, higijenskih prilika i zdravstvene djelatnosti na Kantonu Sarajevo izrađuje Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo;

⁴⁴ Mrežu zdravstvene djelatnosti za područje kantona utvrđuje zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog ministra

⁴⁵ U USK nadležno ministarstvo svake godine daje suglasnost ZZO sa kojim zdravstvenim DZ može potpisati ugovor, u ZHŽ se ugovori o pružanju zdravstvene zaštite potpisuju u skladu sa finansijskim planom i kolektivnim ugovorom

⁴⁶ Sredstva za uspostavljanje ovih ambulanti osigurana su 30% u kantonalnom i 70% u federalnom budžetu



Plan potrebnih kadrova za provođenje primarne zdravstvene zaštite u većini kantona nije donesen.⁴⁷ Neki kantoni imaju samo godišnje planove za specijalizacije.⁴⁸ Konstatovano je da u nekim slučajevima procedura oko sačinjavanja prijedloga specijalizacija nije ispoštovana između nadležnih institucija na kantonalm nivou i da dugo traje.⁴⁹ Takođe je konstatovano da ministarstva nisu iskoristila mogućnost da utiču na planiranje potrebnih kadrova.⁵⁰ Samo je u Kantonu Sarajevo uočeno da je za svako novo upošljavanje potrebna saglasnost kantonalnog ministarstva.⁵¹

Revizijom je konstatovano da ne postoji propisana procedura za proces registracije na području cijele Federacije. Registracija korisnika bi trebala dati broj, strukturu i stvarnu sliku potrebnih medicinskih kadrova. Kantonalna ministarstva su različito provodila ove aktivnosti.⁵² Konstatovano je da se u većini kantona taj posao obavlja na osnovu „pasivne registracije“, a to znači da se korisnici usluga evidentiraju tek kad zatraže uslugu primarne zdravstvene zaštite. Nije određeno ko i na koji način treba izvršiti registraciju, kao ni način na koji će se upravljati formiranjem bazom podataka registrovanih korisnika. (*Detaljnije o planskim dokumentima u kantonima: Prilog broj 9*)

• Monitoring, evaluacija i nadzor na kantonalm nivou

Iako sve nadležne institucije u kantonima imaju jasno definisane ciljeve za jačanje primarne zdravstvene zaštite, uglavnom ne vrše dovoljne analize stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Konstatovano je da funkcije praćenja i analize

⁴⁷ Plan potrebnih kadrova po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti donosi nadležni ministar na prijedlog nadležne komore

⁴⁸ Odobrenje za specijalizaciju i subspecijalizacije izdaje nadležni ministar zdravstva na temelju utvrđenog plana potrebnih kadrova kojeg donosi nadležno ministarstvo na prijedlog nadležne komore. (Član 113 stav 3 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, „Sl.novine FBiH“, br. 29/30)

⁴⁹ Primjer-tok kretanja zahtjeva za specijalizacijama: DZ- upućuju svoje zahteve direktno kantonalm ministarstvu zdravstva, ministarstvo nije unaprijed napravilo plan potrebnih kadrova te upuće DZ na korištenje informacija Zavoda za javno zdravstvo koji vodi statistiku u zdravstvu. ZZJZ kantona ponovo vraća zahtjev ministarstvu i upuće ih na korištenje svojih izvještaja koje redovno dostavljaju ministarstvu, kako bi na adekvatan način donijeli procjenu o stvarno potrebnim kadrovima. Ministar, zatim zahtjev vraća DZ, da ponovo razmotri opravdanost zahtjeva koristeći informacije ZZJZ i na osnovu toga sačine listu potrebnih specijalizacija. Na taj način se produžava ovaj proces koji završava konačnom odlukom Federalnog ministra o odobrenju specijalizacija

⁵⁰ Domom zdravlja upravlja Upravni odbor koji ima 5 članova od kojih su 3 člana predstavnici osnivača, 1 član predstavnik ministarstva i 1 član ispred zdravstvene ustanove (Član 50 stav 5 Zakona o zdravstvenoj zaštiti „Sl. novine FBiH“, broj 29/30)

⁵¹ Vlada Kantona Sarajevo je donijela Zaključak kojim obvezuje menadžment javnih ustanova iz oblasti zdravstva da, zbog neusaglašenosti broja i strukture uposlenih sa Zavodom zdravstvenog osiguranja, za svako novo upošljavanje traži suglasnost od resornog ministra (Zaključak broj:02-0514419/07 od 17.05.2007.)

⁵² U nekim kantonima je donesena odluka o registraciji pacijenata dok su drugi obavijestili domove zdravlja da upute javne pozive za registraciju pacijenata, dok u jednom kantonu registraciju pacijenata sprovodi zavod zdravstvenog osiguranja. Registracija je na nivou FBiH propraćena medijskim oglašavanjem. Ispitivanje pacijenata ukazuje da većini njih nije jasan cilj registracije i principa porodične medicine (Izvještaj PRIZME).

zdravstvenog stanja stanovništva i drugih faktora nisu dovoljno korišteni u svrhu planiranja primarne zdravstvene zaštite. Izvještavanje domova zdravlja se ne koristi u svrhu analiza i ocjene efikasnosti upravljanja resursima, niti kao osnova za planiranje i raspodjelu sredstava prema učinku, ni od strane ministarstva, niti zavoda zdravstvenog osiguranja. Efikasnost primarne zdravstvene zaštite nije procjenjivana praćenjem jednostavnih indikatora kao što su blagovremenost pružanja usluga i/ili radno opterećenje davalaca usluga.

Nadležna ministarstva su poduzimala djelimične aktivnosti vezane za nadzor zavoda zdravstvenog osiguranja i domova zdravlja.⁵³ Pod nadzorom su ista podrazumijevala samo naknadni pregled ili davanje mišljenja na godišnji izvještaj o radu⁵⁴ Neka ministarstva vršila su prethodni nadzor davanjem pojedinačnih saglasnosti na odluke i na finansijski plan zavoda.⁵⁵ Ministarstva nisu poduzimala aktivnosti da u koordinaciji sa zavodima riješe problem nedostatka sredstava u fondu osiguranja. To se posebno odnosi na obezbjeđenje sredstava za osnovni paket zdravstvenih prava.

3.3. ULOGA FEDERALNOG MINISTARSTVA ZDRAVSTVA

U narednom dijelu prikazani su nalazi koji se odnose na aktivnosti koje je Federalno ministarstvo zdravstva poduzelo na stvaranju odgovarajućih prepostavki za ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite.

3.3.1. Dostupnost primarne zdravstvene zaštite

Provđeni akti koji obezbjeđuju da sva osigurana lica imaju ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite doneseni su nakon više godina od donošenja zakona (od 6 do 10 godina), a neki nisu doneseni ni do okončanja ove revizije. (*Detaljnije o hronologiji donošenja propisa: Prilog broj 1*)

Uočeno je da se doneseni provđeni akti različito primjenjuju u kantonima, a nisu propisane sankcije za neprovođenje istih. Različita i nedosljedna primjena

⁵³ Član 110. Zakona o zdravstvenom osiguranju, navodi da nadzor nad radom ZZO vrši kantonalni organ uprave, a nadzor nad radom doma zdravlja vrši kantonalna i federalna inspekcija ili komisije koje odredi kantonalni ministar.

⁵⁴ Prema odgovoru na upitnik u ministarstvo zdravstva ZE-DO kantona nadzor nad radom ZZO vrši pregledom godišnjeg izvještaja o poslovanju

⁵⁵ Pregledom planske dokumentacije ZZO USK i KS i odgovorima na upitnik nadzor se vrši kroz davanje saglasnosti na planske dokumente i pojedinačne odluke za tekuću godinu, kao i davanjem mišljenja na Izvještaj o radu i finansijskom poslovanju za prethodnu godinu.



proizilazi iz nejednakе finansijske moći kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja, dok na nivou Federacije ne postoji jedinstven fond zdravstvenog osiguranja.⁵⁶ (*Detaljnije o različitoj potrošnji po kantonima: Prilog broj 12*)

Zdravstvena zaštita za građane na području Federacije BiH različito je dostupna sa aspekta obuhvata uslugama i ličnog učešća u troškovima korištenja usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava, što prikazuje naredna tabela:

Tabela br. 8: Obim prava i iznos učešća osiguranih lica u troškovima usluga iz osnovnog paketa

Kantoni	Obim prava 2009.	Učešće –Premija/Markica	
		2008.	2009.
Unsko-sanski	124	15	15
Kanton Sarajevo	159	Nema učešća	
Hercegovačko-neretvanski kanton	134	20	20
Srednjebosanski kanton	132	20	25
Zapadno-hercegovačka županija	134	20	20
Zeničko-dobojski kanton	159	Nema učešća	
FBiH	159	Participacija za pojedinačne usluge	

Izvor: Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja i web-site

Iz prethodne tabele je vidljivo da su kantoni osigurali različit nivo dostupnosti po navedenim aspektima, što ima za posljedicu da svi osiguranici nemaju jednake uslove pri korištenju usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava. Kantoni nisu dosljedno provodili federalne odluke po ovim pitanjima. Kao razloge ovakvog stanja, nadležni u kantonima ističu neredovnu uplatu doprinosa, mali broj nosilaca osiguranja, različite stope i osnove doprinosa za određene kategorije osiguranika, nezaposlenost i drugo. Ispitavanje ovih razloga nije bio predmet ove revizije.

Nadležne institucije nisu osigurale pretpostavke za primjenu „Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava“.⁵⁷ Primjena ove Odluke uslovljena je osiguranjem finansijskih sredstava i donošenjem „Jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između zavoda i zdravstvenih ustanova“, koja nije donesena.⁵⁸ Sastavni dio navedene Odluke predstavlja i procjena nedostajućih sredstava za finansiranje

⁵⁶ U Federaciji ne postoje jedinstvene stope i osnove doprinosa za zdravstveno osiguranje za sve kategorije stanovništva, što uz različitu privrednu i ekonomsku razvijenost kantona utječe na financijsku moć kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja. Osnove I stope za utvrđivanje visine doprinosa utvrđuje svojom odlukom zakonodavno tijelo kantona na prijedlog katalognog zavoda zdravstvenog osiguranja (Član 84. Stav 1,2 I 3. Zakona o zdravstvenom osiguranju)

⁵⁷ Prema članu 35. Zakona o zdravstvenom osiguranju sva osigurana lica bi trebala imati ista prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja

⁵⁸ Prema tački XIII Odluke o osnovnom paketu zdravstvenih prava, Jedinstvenu metodologiju utvrđuje Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH po prethodno pribavljanom mišljenju zavoda zdravstvenog osiguranja kantona, kao i uz prethodnu suglasnost ministra

osnovnog paketa zdravstvenih prava po kantonima, ali nisu u potpunosti određeni izvori finansiranja za provođenje iste.⁵⁹ Obim zdravstvenih prava trebao je za svaku kalendarsku godinu da utvrđuje Parlament FBiH, međutim, isti je tek nakon više od 10 godina prvi put utvrdio obim ovih prava.⁶⁰

Učešće osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite iz osnovnog paketa zdravstvenih prava određena su „*Odlukom o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava*“ i različito primjenjuje po kantonima.⁶¹ Odlukom je predviđeno da osigurana lica učestvuju u troškovima za svaku uslugu pojedinačno u određenom iznosu (participacija). Na nivou Federacije BiH, u većini kantona, osigurana lica plaćaju određeni iznos (premija) za tekuću godinu, dok u drugim plaćaju participaciju. Visina učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite je različita između kantona i kretala se u 2008. i 2009. godini između 15 i 25 KM.

U Fond solidarnosti, koji je osnovan radi ujednačavanja razlika po kantonima, u petogodišnjem periodu iz Budžeta FBiH izdvojeno oko 27% od predviđenih sredstava.⁶² Izrazito nizak procenat izdvojenih sredstava primjetan je u 2008. godini i iznosi 17%. Sredstva Fonda solidarnosti nisu korištena za ujednačavanje razlika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti po kantonima niti za sve preventivne usluge predviđene osnovnim paketom. (*Detaljnije o izdvajaju sredstava u Fond solidarnosti: Prilog broj 10*)

Na području cijele Federacije osiguranici za koje nisu u potpunosti uplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje, nemaju mogućnost korištenja zdravstvene zaštite na teret fonda zavoda zdravstvenog osiguranja. Osiguranicima, kod kojih se utvrdi da nisu uplaćeni doprinosi, obustavlja se dalje pružanje zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja.⁶³ Iсти snose troškove zdravstvene zaštite u cjelini bez mogućnosti nadoknade tih troškova i nakon izmirenja svih dospjelih obaveza za zdravstveno osiguranje od strane obveznika uplate doprinosa.

⁵⁹ Ova sredstva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti obezbjeđuju kroz Fond solidarnosti.

⁶⁰ Član 35. stav 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju

⁶¹ Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Sl. novine FBiH“ broj: 21/09)

⁶² Izvještaj o reviziji finansijskih izvještaja Ministarstva zdravstva FBiH i izjava nadležnih iz Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH;

⁶³ Članom 87. Stav 5. Zakona o zdravstvenom osiguranju određeno je da se pravo na zdravstvenu zaštitu u cijelosti uspostavlja danom podmirenja svih dospjelih a neizmirenih obaveza kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja;



3.3.2. Aktivnosti Federalnog ministarstva zdravstva u planiranju ljudskih resursa

Ne postoji srednjoročni plan kadrova za primarnu zdravstvenu zaštitu za područje cijele Federacije. Revizijom je uočeno da, iako u nekim domovima zdravlja evidentno postoji određeni deficitarni profili ljekara, specijalizacije se nisu odobravale uvažavajući potrebe za nedostajućim profilima. To se posebno odnosi na specijalizacije iz porodične medicine, gdje u nekim domovima zdravlja postoje stalno otvoreni konkursi za prijem ovih profila. Prema procjeni Federalnog ministarstva i zdravstvene statistike od potrebnih 1200 timova trenutno ordinira 602 tima. Pored navedenog, nije ostvarena odgovarajuća saradnja između Federalnog ministarstva zdravstva i univerzitetske zajednice kako bi se iznašli načini produciranja deficitarnih profila ljekara.⁶⁴

3.3.3. Monitoring, evaluacija i koordinacija na federalnom nivou

Federalno ministarstvo zdravstva nije vršilo monitoring i evaluaciju primjene federalnih propisa vezanih za primarnu zdravstvenu zaštitu kako bi se identifikovale razlike i uzroci koji su doveli do takvoga stanja, te poduzele mјere za poboljšanje. Takođe, Ministarstvo zdravstva u posmatranom periodu nije vršilo evaluaciju podataka o kadrovima u svrhu planiranja istih za primarnu zdravstvenu zaštitu. Ministarstvo nije vršilo uravnoteženje u planiranju i raspodjeli resursa između nivoa zdravstvene zaštite. Konstatovano je da izdvajanje finansijskih sredstava nije podsticajno za ostvarivanje zakonskih i strateških opredjeljenja za jačanje primarne zdravstvene zaštite. (*Detaljnije o potrošnji sredstava primarnoj zdravstvenoj zaštiti i pregled potrošnje za zdravstvenu zaštitu po namjenama: Prilog broj 11*)

Pored navedenog, Federalno ministarstvo nije vršilo monitoring i evaluaciju preventivnog djelovanja, što je jedan od bitnih ciljeva primarne zdravstvene zaštite, u svrhu smanjenja upućivanja na više nivo. (*Detaljnije o udjelu preventivnih u ukupnom broju usluga u FBiH i upućivanju pacijenata na više nivo zdravstvene zaštite: Prilog broj 13*)

Informacije o funkcionisanju primarne zdravstvene zaštite korištene su za zdravstvenu statistiku i opštu sliku potrošnje u zdravstvu. Mjerljivi pokazatelji za praćenje efikasnosti primarne zdravstvene zaštite nisu definisani. Razmjena

⁶⁴ Izjave nadležnih i odgovor na upitnik Federalnog ministarstva

informacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti između svih nivoa, vrši se po ustaljenoj praksi i po propisima donesenim prije 16 godina.⁶⁵ Iste se najvećim dijelom koriste za izvršavanje osnovnih nadležnosti svakog od nivoa.

Koordinacija između nadležnih institucija zasniva se na izvršavanju osnovnih funkcija svakog od nivoa. Revizija se nije uvjerila da se poduzimaju uvezane aktivnosti od strane svih relevantnih subjekata usmjerene ka efikasnijem upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom.

⁶⁵ Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva („Službeni list SFRJ“ 22/1978) i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o evidencijama („Sl. list SFRJ“ 18/1988) ;



4. ZAKLJUČCI

Opšti zaključak

Cilj revizije je da se procijeni da li je upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom efikasno kako bi osiguralo ujednačenu dostupnost sa aspekta blagovremenosti, ličnog sudjelovanja građana u troškovima zdravstvene zaštite i korištenja usluga na ovom nivou.

Revizijska pitanja odnose se na ulogu i aktivnosti nadležnih institucija u upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom kako bi se postigli ciljevi i opredjeljenja nadležnih institucija:

1. Da li se u domovima zdravlja pružaju ujednačeno dostupne usluge?
2. Da li kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja dodjeljuju finansijska sredstva za pružanje ujednačeno dostupnih usluga uvažavajući učinak domova zdravlja?
3. Da li su kantonalna ministarstva poduzela aktivnosti da planiranje i raspodjela resursa obezbjedi ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu?
4. Da li je Federalno ministarstvo zdravstva razvilo monitoring i evaluaciju, te poduzimalo aktivnosti u cilju osiguranja uslova za ujednačenu dostupnost?

Provedena revizija potvrdila je da upravljanje sistemom primarne zdravstvene zaštite u Federaciji BiH nije efikasno kako bi svи korisnici imali ujednačenu dostupnost uslugama na ovom nivou.

Djelimično poduzimane aktivnosti sadržane u promjenama regulative, sistema finansiranja, razmjene informacija i koordinacije između svih institucija u sistemu, nisu dovoljne da jačanje primarne zdravstvene zaštite učine prepoznatljivim i zadovoljavajućim. Posljedice takvog upravljanja negativno utječu na korisnike po pitanju blagovremenosti i ujednačene dostupnosti u korištenju usluga primarne zdravstvene zaštite.

Nepotpuna slika stanja u nadležnim institucijama koje kreiraju zdravstvenu politiku ne predstavlja prostor za argumentirano donošenje odluka koje treba poduzeti da bi došlo do pozitivnih promjena. Zbog nedovoljne evaluacije i monitoringa nisu određivani prioriteti niti identificirana uska grla koja dovode do neefikasnog upravljanja primarnom zdravstvenom zaštitom.

U nastavku su prikazani zaključci u odnosu na cilj revizije i postavljena revizijska pitanja i strukturirani po subjektima revizije:

4.1. Domovi zdravlja

Domovi zdravlja ne pružaju ujednačeno dostupne usluge primarne zdravstvene zaštite

Istraživanje je pokazalo da oko 2/3 korisnika čeka preko dva dana na zdravstvenu uslugu. U nekim domovima zdravlja davaoci usluga imaju povećano radno opterećenje što se reflektira na nizak nivo preventivnog djelovanja i istovremeno, povećano upućivanje korisnika na više i skuplje nivoje zdravstvene zaštite.

Domovi zdravlja nemaju razvijenu funkciju dugoročnog planiranja zasnovanu na praćenju i evaluaciji stvarnih potreba i učinka. Kako je istraživanje pokazalo postoji nesrazmjer između potražnje za uslugama porodične medicine i raspoloživih resursa koji mogu odgovoriti zahtjevima za potražnjom istih.

Ovome doprinosi nesrazmjerne upošljavanje nemedicinskog osoblja koje se u nekim domovima zdravlja kreće do 40% što nije u skladu sa dobrom praksom u okruženju i prosjekom EU.

Nedostatak pojedinih profila ljekara posebno u službi porodične medicine, visok udio nemedicinskog osoblja u strukturi uposlenih i dugo vrijeme čekanja pacijenata karakteristike su neefikasnog korištenja raspoloživih resursa.

Izvještavanje domova zdravlja je obimno i komplikovano, jer o velikom broju istih informacija izvještavaju više institucija u različite svrhe. Iako nezadovoljni ovakvim načinom izvještavanja, koje oduzima dosta vremena, nije bilo konkretnih prijedloga da se isto pojednostavi i odrede jednostavniji indikatori za praćenje efikasnosti domova zdravlja kao što su: vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu, radno opterećenje, preventivne usluge i upućivanje na više nivoje. Jednostavniji način izvještavanja bi smanjio opterećenje uposlenika i njihovo nezadovoljstvo zbog obimnosti i složenosti istog i omogućilo dodatno vrijeme da se posvete pacijentima. Tome treba dodati i potrebu većeg angažmana na korištenju i razvoju informacionih sistema.



4.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja

Zavodi zdravstvenog osiguranja nemaju sistem raspodjele finansijskih sredstva za ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu i podsticajnu za povećanje efikasnosti domova zdravlja

Zavodi zdravstvenog osiguranja su najvećim dijelom finansijeri zdravstvene zaštite i imaju važan utjecaj na provođenje primarne zdravstvene zaštite i postizanje bolje efikasnosti domova zdravlja. Sredstva domovima zdravlja nisu odobravana na osnovu monitoringa i evaluacije učinka, niti su unaprijed usaglašena sa domovima zdravlja što negativno utiče na motivaciju davalaca i podsticanje boljeg učinka. Kriteriji za ugovaranje zdravstvenih usluga između kantona su različiti. Međutim, zajednička karakteristika kriterija je da pri raspodjeli resursa uzimaju u obzir samo broj stanovnika bez uvažavanja ostalih faktora (zdravstveno stanje, socijalni, demografski faktori, specifičnosti područja i lokalnih sredina). Kriteriji raspodjele nisu zasnovani na evaluiranju stvarnih potreba korisnika.

Obzirom na različite finansijske mogućnosti, zavodi koriste različite načine da obezbijede nedostatak sredstava potrebnih za finansiranje primarne zdravstvene zaštite. Najčešće se uvode dodatna plaćanja korisnika što stvara još veću razliku u dostupnosti primarne zdravstvene zaštite.

Zavodi, kao kreatori ugovora na osnovu kojih se finansira primarna zdravstvena zaštita, nemaju adekvatnu osnovu za vršenje nadzora nad provođenjem ugovora i sistemsko praćenje efikasnosti. Postojeći ugovori o pružanju primarne zdravstvene zaštite nisu jednoobrazni i ne sadrže broj i vrstu usluga što onemogućava zavode da prate efikasnost domova zdravlja.

4.3. Kantonalna ministarstva zdravstva

Poduzete aktivnosti kantonalnih ministarstava nisu dovoljne da osiguraju ujednačeno dostupne usluge u domovima zdravlja.

Kantonalna ministarstva odgovorna za planiranje zdravstvene zaštite nemaju razvijenu funkciju strateškog i dugoročnog planiranja razvoja primarne zdravstvene zaštite. Nedostatak planskih dokumenata, kao što je mreža zdravstvene djelatnosti i mreža zdravstvenih ustanova i nepostojanje vizije o potrebnim kapacitetima dovode do toga da planiranje i raspodjela ljudskih i finansijskih resursa nije u skladu sa potrebama korisnika i domova zdravlja. Za efikasno planiranje resursa nisu provedene adekvatne evaluacije stvarnih potreba.

Mjerenje učinka domova zdravlja nije razmatrano kao indikator potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom. Posljedice ovakvog stanja negativno utiču na efikasnost davalaca usluga i donošenje odluka zasnovanih na dokazima kako bi došlo do poboljšanja.

Nadalje, proces registracije osiguranih lica što je zakonskim i strateškim opredjeljenjima određeno kako bi se promijenio način planiranja i finasiranja timova u porodičnoj medicini nije završen. Proces registracije korisnika predstavlja jedan od preduslova da kantonalna ministarstva planiraju resurse u skladu sa potrebama domova zdravlja kako bi isti pružali ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu. Istovremeno, ne postoji sistemski mehanizmi motivacije što ima za posljedicu nezadovoljstvo i fluktuaciju i onako nedostajućeg kadra, što ističe i nadležni zavod za javno zdravstvo.

Razmjena i svrsishodno korištenje informacija između nadležnih institucija nije dovoljno razvijeno kako bi doprinijelo boljem planiranju i raspodjeli resursa.

4.4. Federalno ministarstvo zdravstva

Federalno ministarstvo zdravstva nije razvilo kontinuiran i svrsishodan monitoring i evaluaciju kako bi na osnovu tih rezultata poduzelo mјere za efikasnu i ujednačeno dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu.

Federalno ministarstvo zdravstva trebalo je, po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti⁶⁶ poduzeti sve mјere, osigurati uslove i izvršiti potrebne radnje radi osiguranja izvršenja zajamčenih prava utvrđenih ovim Zakonom. Iako Federalno ministarstvo može od nadležnih federalnih zavoda tražiti posebne podatke kao što su: procjena potrebnih medicinskih profila u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i informacije o visini učešća osiguranih lica u troškovima primarne zdravstvene zaštite i visini finansijskih sredstava nadoknade za rad timova, to u proteklom periodu to nije bio slučaj. Na osnovu ovakvih podataka stvorila bi se realna slika o potrebama domova zdravlja i stvorila osnova za poduzimanje mјera za ujednačavanje dostupnosti primarne zdravstvene zaštite zasnovana na dokazima.

Monitoring i evaluacija kao veoma bitna funkcija efikasnog upravljanja javnim zdravstvom nije dovoljno razvijena. Iako Federalno ministarstvo treba da prati razvoj primarne zdravstvene zaštite, isto nije definiralo mjerljive indikatore, koji bi bili osnova za praćenje sistema i/ili pojedinih aspekata primarne zdravstvene

⁶⁶ Čl. 8. stav 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti „Službene novine Federacije BiH“ broj: 29/97



zaštite.⁶⁷ Definisanjem ovih indikatora, stvorila bi se osnova za razvoj kontinuiranog monitoringa i evaluacije i mogućnosti boljeg planiranja i raspodjele resursa na ovom nivou zdravstvene zaštite. Adekvatan sistem monitoringa i evaluacije bi omogućio donošenje argumentiranih odluka, koje bi bile osnova za donošenje potrebnih politika i strategija u zdravstvu.

U skladu sa svojim nadležnostima i opredjeljenjima da se primarna zdravstvena zaštita, između ostalog, ojača preventivnim djelovanjem, Federalno ministarstvo nije vršilo evaluaciju preventivnih programa. Evidentno je da je preventivno djelovanje na niskom nivou i da je i dalje prisutno upućivanje pacijenata na više i skuplje nivoe. Ministarstvo nije poduzimalo odgovarajuće aktivnosti kako bi se kroz Fond solidarnosti osigurala sredstva za ove namjene, kako je i predviđeno donesenim propisima.

Istraživanjem su identifikovane značajne razlike između kantona u sadržaju i obimu prava korisnika primarne zdravstvene zaštite. Navedene razlike djelimično su posljedica nedosljedne i različite primjene propisa donesenih na federalnom nivou. Federalno ministarstvo zdravstva nije vršilo praćenje i evaluaciju primjene propisa koji su doneseni upravo za ujednačavanje razlika između kantona u svrhu poduzimanja potrebnih mjera.

Federalnim propisima nisu obezbijedeni mehanizmi kojim bi se osigurala njihova jedinstvena primjena u kantonima. Standardi i normativi, koji predstavljaju osnovu za ugovaranje plaćanja zdravstvenih usluga, pod stalnom su kritikom a Federalno ministarstvo nije izvršilo značajnije izmjene koje bi doprinijele ujednačenoj primjeni istih u praksi. Pored navedenog, nisu doneseni svi potrebni akti za ujednačavanje ugovaranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Posebno važna za ujednačavanje ugovaranja „Jedinstvena metodologija kojom se bliže uređuju kriteriji za ugovaranje zavoda zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama“ još uvijek nije donesena.

Obzirom na podijeljene nadležnosti u oblasti zdravstva u Federaciji BiH, važan segment uspješnog funkcionisanja primarne zdravstvene zaštite je aktivna koordinacija svih relevantnih subjekata u oblasti zdravstva. Koordinacija koja se zasniva na osnovnim aktivnostima svakog od nadležnih nivoa ne predstavlja ambijent za pružanje ujednačeno dostupne primarne zdravstvene zaštite. U složenom i decentralizovanom sistemu zdravstva nedostaju uvezane aktivnosti

⁶⁷ Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji Federalnog ministarstva zdravstva

relevantnih subjekata i proaktivna koordinacija Federalnog ministarstva zdravstva usmjerenja ka ostvarivanju zajedničkih ciljeva i poboljšanje sveukupnog stanja u zdravstvu. Razmjena informacija nije odgovarajuća između različitih nivoa niti između institucija na istom nivou, a ne postoji ni razmjena mišljenja i dobrih praksi, koje bi dovele do pozitivnih promjena u pogledu ujednačavanja dostupnosti primarne zdravstvene zaštite. Razmjena informacija po starim zakonima bez utvrđenog toka i svrhe korištenja istih između različitih nivoa, ne daje dobre osnove za poduzimanje mjera koje bi rezultirale značajnijim ujednačavanjem dostupnosti primarne zdravstvene zaštite.



5. PREPORUKE

Za uspješne promjene i poboljšanje u upravljanju primarnom zdravstvenom zaštitom potrebno je jačanje sistema evaluacije i monitoringa, menadžerskih-upravljačkih vještina na svim nivoima, svrshodne i kontinuirane koordinacije, kao i spremnost na promjene u skladu sa ciljevima i opredjeljenjima za ujednačavanje dostupnosti usluga na ovom nivou. Sistem izvještavanja treba osigurati potpune i pouzdane informacije koje bi bile osnova za donošenje argumentiranih odluka u svrhu korištenja raspoloživih resursa na najbolji način. Potrebno je da sve institucije u sistemu zdravstva poduzmu odgovarajuće mјere u okviru svojih nadležnosti i učvrste volju za promjenama. Na osnovu prezentovanih nalaza i izvedenih zaključaka revizija daje preporuke za efikasnije upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom:

5.1. Domovi zdravlja

Potrebno je da domovi zdravlja na osnovu praćenja svog učinka izvještavaju o realnim potrebama i da raspoložive resurse koriste na najbolji način.

U tom kontekstu menadžment domova zdravlja u koordinaciji sa ostalim razinama treba da:

- Osmisli i predloži jednostavniji i svrshodniji način izvještavanja, jedinstveno za sve nivoe sistema koji bi bio osnova za praćenje učinka;
- Razvije sistem monitoringa i evaluacije indikatora učinka i na bazi rezultata planira i koristi raspoložive ljudske i finansijske resurse na najbolji način u svrhu povećanja efikasnosti;
- Odredi prioritete prilikom planiranja određenih profila kadrova;
- Koristi informacije o radnom opterećenju u svrhu ujednačavanja istog;
- Vrednuje učinak kroz adekvatan način motivacije i stimulacije zdravstvenih djelatnika;
- Razvije menadžerske vještine upravljanja učinkom;
- Uspostavi saradnju sa drugim domovima zdravlja u cilju razmjene dobrih praksi.

5.2. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja

Potrebno je da zavodi zdravstvenog osiguranja uspostave sistem planiranja i raspodjele finansijskih sredstava na rezultatima praćenja učinka domova zdravlja i koji bi osiguravao ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite.

Kratkoročno gledano, menadžment zavoda zdravstvenog osiguranja treba da:

- Unaprijedi postojeći način ugovaranja primarne zdravstvene zaštite u smislu da ugovori sadrže sve potrebne elemente;
- Jasnije definira odgovornosti svake od ugovornih strana;
- Uspostavi adekvatan nadzor nad izvršenjem ugovora što bi bila osnova realnog planiranja i racionalne raspodjele finansijskih sredstava;
- Preispita postojeći način naplaćivanja dodatnog ličnog učešća korisnika u troškovima zdravstvene zaštite obzirom da isti nije u skladu sa donesenim federalnim propisima.

Dugororočno gledano menadžment zavoda zdravstvenog osiguranja treba da:

- Razvije sistem ugovaranja koji bi uvažavao učinak službi i/ili timova primarne zdravstvene zaštite;
- Uspostavi kriterije za raspodjelu zasnovane na uvažavanju osim broja korisnika i drugih faktora (socijalni, demografski, specifičnosti lokalnih sredina).

5.3. Kantonalna ministarstva

Potrebno je da kantonalna ministarstva razviju funkciju strateškog i dugoročnog planiranja koja bi osigurala ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite.

U tom kontekstu kantonalna ministarstva nadležna za oblast zdravstva treba da:

- Donesu sve nedostajuće strateške i planske dokumente za razvoj primarne zdravstvene zaštite što bi moglo poslužiti finansijerima i davateljima usluga da realno planiraju i raspoređuju resurse. Navedene dokumente treba donositi na osnovu evaluacije stvarnih potreba;
- U koordinaciji sa zavodima zdravstvenog osiguranja i domovima zdravlja završe proces registracije korisnika primarne zdravstvene zaštite;



- Uspostave bazu podataka registrovanih korisnika i utvrde svrhu i način upravljanja istom;
- Uspostave odgovarajuću koordinaciju između institucija u svrhu boljeg praćenja stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi donošenja argumentovanih odluka za planiranje i raspodjelu resursa u skladu sa stvarnim potrebama;
- Poduzmu aktivnosti na uspostavljanju sistemskih mehanizama motivacije zasnovanim na učinku kako bi se povećalo opredjeljenje ljekara za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

5.4. Federalno ministarstvo zdravstva

Potrebno je da Federalno ministarstvo zdravstva razvije kontinuiran i svrsishodan sistem monitoringa i evaluacije kako bi primarna zdravstvena zaštita bila efikasna i ujednačeno dostupna za sve građane Federacije BiH.

U tom kontekstu Federalno ministarstvo zdravstva treba da:

- Uspostavi odgovarajući sistem izvještavanja koji bi osigurao informacije za planiranje potrebnih kadrova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- Odredi indikatore za kontinuirano praćenje i evaluaciju primarne i drugih nivoa zdravstvene zaštite kako bi se stvorila osnova za donošenje argumentiranih odluka za uravnoteženje raspodjele sredstava po nivoima;
- Pojača aktivnosti kako bi podržalo osnovne postulate primarne zdravstvene zaštite, posebno preventivno djelovanje;
- Pojača aktivnosti na osiguranju uslova za ujednačenu dostupnost primarne zdravstvene zaštite za sve građane Federacije BiH;
- Vrši evaluaciju primjene propisa i predloži promjene zakona i ujednačavanje praksi. To se posebno odnosi na različitu primjenu Odluke o osnovnom paketu zdravstvenih prava i Odluke o ličnom učeštu osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite;
- Doneše „Jedinstvenu metodologiju kojom se bliže uređuju kriteriji za ugovaranje zavoda zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama“;
- Ažurira Odluku o standardima i normativima kako bi bili primjenjivi u praksi i osigurali ujednačenu dostupnost usluga u cijeloj Federaciji;

-
-
- Uspostavi odgovarajuću koordinaciju između nadležnih institucija za efikasno funkcionisanje i jačanje primarne zdravstvene zaštite;
 - Precizira odgovornosti i obaveze svakog od nivoa u razmjeni informacija;
 - Odredi svrhu korištenja, tok kretanja i rokove u procesu razmjene informacija.

Tim za reviziju:

Mirsada Čengić, vođa tima

Ajsela Tanković, član tima



P R I L O Z I

**PRILOG BROJ 1****HRONOLOGIJA DONOŠENJA ZAKONSKIH I PODZAKONSKIH PROPISA**

R/br	Zakonski i podzakonski propisi	Datum donošenja i objave
1.	Zakon o zdravstvenoj zaštiti	13. 12. 1997. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 29/97)
2.	Zakon o zdravstvenom osiguranju	25. 12. 1997. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 29/97)
3.	Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju- obrazuje se Fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine	2002. godine osnovan Fond solidarnosti i od tada za svaku godinu Vlada Federacije na prijedlog federalnog ministra zdravstva donosi Odluku o izdvajaju sredstava iz Federalnog budžeta u Fond
4.	Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja	10.02.2003. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 05/03)- donio federalni ministar
5.	Odluka o utvrđivanju osnovnog paketu zdravstvenih prava	01.04.2009. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 21/09)- donio Parlament FBiH
6.	Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava	01.04.2009. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 21/09)- donio Parlament FBiH
7.	Zakon o zdravstvenoj zaštiti- novi zakon	02.08.2010. godine („Službene novine Federacije BiH“ broj: 46/10)- Parlament FBiH
8.	Jedinstvena metodologija kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između zavoda i zdravstvenih ustanova	Nije donesena

PRILOG BROJ 2 - VRIJEME ČEKANJA PACIJENATA

Tabela broj 1: vrijeme čekanja naručenih pacijenata izraženo u danima

R/ br.	Dom zdravlja	Vrijeme čekanja u danima prikazano u intervalima						
		Ukupno pacijenata	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%
			1-2 dana		3-5 dana		6 i više	
1.	Centar	2	2	100%	0	0%	0	0%
2.	Stari Grad	6	0	0%	3	50%	3	50%
3.	Novi Grad	13	5	38%	3	23%	5	39%
4.	N. Sarajevo	3	0	0%	1	33%	2	67%
5.	Vogošća	10	1	10%	6	60%	3	30%
6.	Ilijada	12	5	42%	4	33%	3	25%
7.	Zenica	29	23	80%	3	10%	3	10%
8.	Visoko	16	2	13%	9	56%	5	31%
9.	Usora	8	6	75%	2	25%	0	0%
10.	Novi Travnik	15	10	66%	5	34%	0	0%
11.	Mostar ⁶⁸	12	10	80%	2	20%	0	0%
12.	Mostar RMC	21	21	100%	0	0%	0	0%
13.	Čapljina	16	0	0%	16	100%	0	0%
14.	Široki Brijeg	27	3	11%	13	48%	11	41%
15.	Bihać	18	1	6%	15	83%	2	11%
16.	Ključ	15	5	34%	10	66%	0	0%
17.	B.Petrovac	36	6	17%	29	70%	1	3%
Ukupno broj i procenat pacijenata		259	100	38%	121	47%	38	15%

Tabela broj 2: vrijeme čekanja naručenih pacijenata u domova zdravlja izraženo u minutama

R/ br.	Dom zdravlja	Vrijeme čekanja u minutama prikazano u intervalima						
		Ukupno pacijenata	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%
			5-10 *		11-20 *		Više od 20	
1.	Centar	2	2	100%	0	0%	0	0%
2.	Stari Grad	3	2	67%	1	33%	0	0%
3.	Novi Grad	8	5	63%	2	25%	1	12%
4.	Novo Sarajevo	4	1	34%	3	66%	0	0%
5.	Vogošća	2	0	0%	2	100%	0	0%
6.	Ilijada	3	3	100%	0	0%	0	0%
7.	Zenica	27	20	74%	7	24%	0	0%
8.	Visoko	11	11	100%	0	0%	0	0%
9.	Mostar	19	9	48%	8	42%	2	90%
10.	Mostar -RMC	23	17	74%	5	22%	1	4%
11.	Čapljina	4	4	100%	0	0%	0	0%
12.	Široki Brijeg	12	7	58%	5	42%	0	0%
13.	Bihać	13	12	92%	1	8%	0	0%
14.	Ključ	5	5	100%	0	0%	0	0%
Ukupan broj i % pacijenata		136	98	72%	34	25%	4	3%

⁶⁸ Rezultati Ankete se podudaraju sa rezultatima koje je revizijski tim dobio mijereći vrijeme čekanja na terenu u određenim domovima zdravlja i sa rezultatima iz upitnika koji je dostavio Dom zdravlja Mostar



Tabela broj 3: vrijeme čekanja nenaručenih pacijenata u domova zdravlja izraženo u minutama

R/ br.	Dom zdravlja	Vrijeme čekanja u minutama prikazano u intervalima						
		Ukupno pacijenata	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%	broj pacijenata	%
			5-10*		11-20 *		Više od 20	
1.	Centar	5	5	100%	0	0%	0	0%
2.	Stari Grad	12	0	0%	6	50%	6	50%
3.	Novi Grad	7	0	0%	2	29%	5	71%
4.	N. Sarajevo	9	0	0%	2	22%	7	78%
5.	Vogošća	8	2	25%	1	13%	5	62%
6.	Ilići	7	2	29%	2	29%	3	42%
7.	Zenica	19	16	84%	2	11%	1	5%
8.	Visoko	45	4	9%	3	7%	38	84%
9.	Usora	21	11	52%	3	14%	7	34%
10.	Travnik	65	20	30%	16	25%	29	45%
11.	Novi Travnik	43	10	23%	7	16%	26	61%
12.	Kreševac	33	13	39%	13	39%	7	22%
13.	Mostar	12	9	75%	3	25%	0	0%
14.	Mostar RMC	49	28	57%	10	20%	11	23%
15.	Čapljina	28	16	57%	10	36%	2	7%
16.	Neum ⁶⁹	17	11	65%	6	35%	0	0%
17.	Široki Brijeg	18	9	50%	3	17%	6	33%
18.	Grude	66	31	47%	21	32%	14	21%
19.	Bihać	46	4	9%	2	4%	40	87%
20.	Ključ	10	1	10%	4	40%	5	50%
21.	B.Petrovac	17	1	6%	6	35%	10	59%
Ukupan broj i % pacijenata		537	193	36%	122	23%	222	41%

⁶⁹ U upitniku koji je popunio ljekar navedeno je da postoji sistem naručivanja, a anketne listove popunili su nenaručeni pacijenti.

ANKETNI LIST KOJI POPUNJAVA LJEKAR

1.	DA LI VAŠ DOM ZDRAVLJA IMA SISTEM NARUČIVANJA PACIJENATA KOD LJEKARA PORODIČNE/OPĆE MEDICINE?	
2.	DA LI PACIJENTI POŠTUJU SISTEM NARUČIVANJA?	
3.	U KOJIM VREMENSKIM RAZMACIMA NARUČUJETE PACIJENTE?	
4.	KOLIKO U PROSJEKU DNEVNO NARUČITE PACIJENATA?	
5.	KOLIKO DNEVNO U PROSJEKU PRIMITE NENARUČENIH PACIJENATA?	
6.	PO VAŠEM MIŠLJENJU (MIŠLJENJE LJEKARA IZ DVije SMJENE KOD KOJIH JE UPITNIK POPUNJEN) ŠTA BI SE MOGLO PODUZETI DA BI SE ČEKANJE SMANJILO?	
7.	DA LI SISTEM NARUČIVANJA POMAŽE SMANJENJU ČEKANJA?	

ANKETNI LIST KOJI POPUNJAVA PACIJENT

PACIJENT KOJI SE NARUČIO NA PREGLED

1.	IME I PREZIME PACIJENTA?	
2.	DAN/VRIJEME KADA STE NAZVALI DOM ZDRAVLJA DA SE NARUČITE ZA PREGLED KOD LJEKARA?	
3.	KOLIKO STE DANA ČEKALI DA VAS LJEKAR PRIMI NA PREGLED?	
4.	VRIJEME DOLASKA U DOM ZDRAVLJA?	
5.	U KOLIKO SATI JE ZAKAZAN VAŠ PREGLED?	
6.	DA LI STE PRIMLJENI U ZAKAZANO VRIJEME KOD LJEKARA?	
7.	KOLIKO STE ČEKALI NA ULAZAK KOD LJEKARA I PREGLED NAKON DOLASKA U ORDINACIJI?	
8.	KOLIKO STE SE MINUTA ZADRŽALI NA PREGLEDU?	

PACIJENT KOJI JE DOŠAO NENARUČEN

1.	IME I PREZIME PACIJENTA?	
2.	VRIJEME DOLASKA U DOM ZDRAVLJA?	
3.	KOLIKO STE ČEKALI DA VAS LJEKAR PRIMI NA PREGLED NAKON DOLASKA U DOM ZDRAVLJA?	
4.	KOLIKO STE SE MINUTA ZADRŽALI NA PREGLEDU?	

**PRILOG BR. 3****UČEŠĆE PREVENTIVNIH USLUGA U UKUPNOM BROJU USLUGA****GRUPA VELIKIH DOMOVA ZDRAVLJA**

R/br.	Dom zdravlja	Ukupne usluge		Preventivne usluge		Udio preventivnih u ukupnim uslugama (%)	
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.
1.	Novi Grad	2.786.410	2.756.766	4.450	22.151	0,16	0,80
2.	Novo Sarajevo	1.030.676	1.126.805	31.453	39.835	3,05	3,54
3.	Centar	2.426.330	2.310.235	31.941	65.083	1,32	2,82
4.	Ilička	1.369.586	1.427.908	17.090	23.438	1,25	1,64
5.	Zenica*	2.320.583	2.379.766	-	8.605	-	0,36
6.	Travnik	501.886	764.133	4.320	4.830	0,86	0,63
7.	Mostar	1.703.743	1.712.923	10.197	13.129	0,60	0,77
8.	Bihać	1.535.739	1.265.793	92.662	92.554	6,03	7,31

* nisu dostavljeni podaci za 2008. godinu

GRUPA SREDNJIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Dom zdravlja	Ukupne usluga		Preventivne usluga		Udio preventivnih u ukupnim uslugama (%)	
		2008.	2009.	2008.	2009	2008.	2009.
1.	Grude	385.561	261.254	3.389	2.543	0,88	0,97
2.	Široki Brijeg*	408.251	416.224	-	-	-	-
3.	Visoko**	1.048.601	1.012.625		28.798	-	2,84
4.	Čapljina-1	196.686	249.245	-	-	-	-
5.	Vogošća	674.084	807.409	5.111	6.004	0,76	0,74
6.	Stari Grad	955.745	1.036.006	33.844	47.200	-	4,56
7.	N. Travnik***	329.563	376.628	-	-	-	-
8.	Ključ	379.765	388.001	3.482	4.140	-	-
9.	Mostar RMC	349.876*	414.196*	14.839	15.829	-	1,07

** nije dostavljen analitički prikaz izvršenih preventivnih usluga za 2008. godinu

*** nije dostavljen analitički prikaz izvršenih preventivnih usluga za 2008. godinu

GRUPA MALIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Dom zdravlja	Ukupne usluge		Preventivne usluge		Udio preventivnih u ukupnim uslugama (%)	
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.
1.	Kreševo	108.056	92.700	1.346	2.267	1,25	2,45
2.	Neum*	59.480	68.131	-	-	-	-
3.	B. Petrovac	139.673	187.303	8.919	12.630	6,39	6,74
4.	Usora	87.601	84.592	4.276	3.831	4,88	4,53

* nisu dostavljeni podaci



PRILOG BROJ 4 - RADNO OPTEREĆENJE DOMOVA ZDRAVLJA PO GRUPAMA
VELIKI

R/br.	Dom zdravlja	Ukupne usluge		Ukupno zaposleni		Usluge po zaposlenom		Usluge po ljekaru				Usluge po medicinskoj sestri/tehničaru				Usluge po nemedicinskom osoblju			
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.		
1.	N.Grad	2.786.410	2.756.766	494	537	5.641	5.134	132	21.109	138	19.977	279	9.987	308	8.951	70	39.806	77	35.802
2.	Novo.SA	1.030.676	1.126.805	307	317	3.357	3.555	97	10.626	102	11.047	162	6.362	166	6.788	37	27.856	40	28.170
3.	Centar	2.426.330	2.310.235	344	351	7.053	6.582	96	25.274	98	23.574	194	12.507	196	11.787	46	52.746	47	49.154
4.	Iliža	1.369.586	1.427.908	250	275	5.478	5.192	71	19.290	73	19.560	132	10.376	145	9.848	47	29.140	57	25.051
5.	Zenica	2.320.583	2.379.766	494	487	4.698	4.887	92	25.224	92	25.867	269	8.627	262	9.083	116	20.005	111	21.439
6.	Travnik	501.886	764.133	203	205	2.472	3.727	41	12.241	40	19.103	103	4.873	105	7.277	53	9.470	54	14.151
7.	Mostar	1.703.743	1.712.923	271	274	6.287	6.252	62	27.480	61	28.081	138	12.346	142	12.063	71	23.996	71	24.126
8.	Bihać	1.535.739	1.265.793	252	262	6.094	4.831	49	31.342	46	27.517	144	10.665	154	8.219	59	26.029	62	20.416
Prosjek		1.709.369	1.718.041	327	339	5.135	5.020	80	21.573	81	21.841	178	9.468	185	9.252	62	28.631	65	27.289

SREDNJI

R/br	Dom zdravlja	Ukupne usluge		Ukupno zaposleni		Usluge po zaposlenom		Usluge po ljekaru				Usluge po medicinskoj sestri/tehničaru				Usluge po nemedicinskom osoblju			
		2008	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.		
1.	Grude	385.561	261.254	89	90	4.332	2.903	13	29.659	13	20.096	50	7.711	50	5.225	22	17.526	23	11.359
2.	S.Brijeg	408.251	416.224	126	124	3.240	3.357	26	15.702	20	20.811	68	6.004	71	5.862	29	14.078	26	16.009
3.	Visoko	1.048.601	1.012.625	154	151	6.809	6.706	34	30.841	33	30.686	69	15.197	70	14.466	33	31.776	32	31.645
4.	Čapljina	196.686	249.245	88	84	2.235	2.967	15	13.112	13	19.173	43	4.574	43	5.796	19	10.352	18	13.847
5.	Vogošća	674.084	807.409	138	158	4.885	5.110	36	18.725	38	21.248	62	10.872	92	8.776	18	37.449	24	33.642
6.	S.Grad	955.745	1.036.006	219	232	4.364	4.466	66	14.481	69	15.015	119	8.031	127	8.158	34	28.110	36	28.778
7.	N.Travnik	329.563	376.628	101	100	3.263	3.766	15	21.971	15	25.109	51	6.462	51	7.385	35	9.416	34	11.077
8.	Ključ	379.765	388.001	80	76	4.747	5.105	12	31.647	12	32.333	36	10.549	34	11.412	32	11.868	30	12.933
9.	MO-RMC	349.876	414.196	143	152	2.447	2.725	30	11.663	33	12.551	68	5.145	73	5.674	24	14.578	25	16.568
Prosjek		525.348	551.288	126	130	4.036	4.123	27	20.867	27	21.891	63	8.283	68	8.084	27	19.461	28	19.540

MALI

R/br.	Dom zdravlja	Ukupne usluge		Ukupno zaposleni		Usluge po zaposlenom		Usluge po ljekaru				Usluge po medicinskoj sestri/tehničaru				Usluge po nemedicinskom osoblju			
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.		
1.	Kreševo	108.056	92.700	30	30	3.602	3.090	5	21.611	5	18.540	17	6.356	17	6.356	8	13.507	8	11.588
2.	Neum	59.480	68.131	40	38	1.487	1.793	6	9.913	5	13.626	19	3.131	18	3.304	15	3.965	14	4.867
3.	B.Perovac	139.673	187.303	28	28	4.988	6.689	8	17.459	8	23.413	11	12.698	11	12.698	9	15.519	9	20.811
4.	Usora	87.601	84.592	27	26	3.244	3.317	4	21.900	4	21.148	14,5	6.041	14,5	6.041	8,5	10.306	7	12.085
Prosjek		98.703	108.182	31	30	3.330	3.722	6	17.721	6	19.182	15	7.056	15	7.100	10	10.824	10	12.338

PRILOG BROJ 5 - STRUKTURA UPOSLENIH U DOMOVIMA ZDRAVLJA

GRUPA VELIKIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Dom zdravlja	Ukupno zaposleni		Ljekari			Medicinske sestre/tehničari			Nemedicinski kadrovi					
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.				
1.	Novi Grad	494	537	132	27%	138	26%	279	56%	308	57%	70	14%	77	14%
2.	Novo Sarajevo	307	317	97	32%	102	32%	162	53%	166	52%	37	12%	40	13%
3.	Centar	344	351	96	28%	98	28%	194	56%	196	56%	46	13%	47	13%
4.	Iliža	250	275	71	28%	73	27%	132	53%	145	53%	47	19%	57	21%
5.	Zenica	494	487	92	19%	92	19%	269	54%	262	54%	116	23%	111	23%
6.	Travnik	203	205	41	20%	40	20%	103	51%	105	51%	53	26%	54	26%
7.	Mostar	271	274	62	23%	61	22%	138	51%	142	52%	71	26%	71	26%
8.	Mostar RMC	143	152	30	21%	33	22%	68	48%	73	48%	24	17%	25	16%
9.	Bihać	252	262	49	19%	46	18%	144	57%	154	59%	59	23%	62	24%

GRUPA SREDNJIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br	Dom zdravlja	Ukupno zaposleni		Ljekari			Medicinske sestre/tehničari			Nemedicinski kadrovi					
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.				
1.	Grude	89	90	13	15%	13	14%	50	56%	50	56%	22	25%	23	26%
2.	Široki Brijeg	126	124	26	21%	20	16%	68	54%	71	57%	29	23%	26	21%
3.	Visoko	154	151	34	22%	33	22%	69	45%	70	46%	33	21%	32	21%
4.	Čapljina	88	84	15	17%	13	15%	43	49%	43	51%	19	22%	18	21%
5.	Vogošća	138	158	36	26%	38	24%	62	45%	92	58%	18	13%	24	15%
6.	Stari Grad	219	232	66	30%	69	30%	119	54%	127	55%	34	16%	36	16%
7.	Novi Travnik	101	100	15	15%	15	15%	51	50%	51	51%	35	35%	34	34%
8.	Ključ	80	76	12	15%	12	16%	36	45%	34	45%	32	40%	30	39%

GRUPA MALIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br	Dom zdravlja	Ukupno zaposleni		Ljekari			Medicinske sestre/tehničari			Nemedicinski kadrovi					
		2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.	2008.	2009.				
1.	Kreševo	30	30	5	17%	5	17%	17	57%	17	57%	8	27%	8	27%
2.	B. Petrovac	40	38	6	15%	5	13%	19	47%	18	47%	15	39%	14	37%
3.	Neum	28	28	8	29%	8	29%	11	39%	11	39%	9	32%	9	32%
4.	Usora	27	25,5	4	15%	4	16%	14,5	54%	14,5	57%	8,5	31%	7	27%

Napomena: Neki domovi zdravlja su dostavili podatke o uposlenicima iz kategorije „ostalih“-koji nisu obrazloženi i nisu uzeti u analizu

**PRILOG BROJ 6 IZVRŠENE USLUGE U ODNOSU NA DODIJELJENA SREDSTVA****GRUPA VELIKIH DOMOVA ZDRAVLJA**

Rbr.	Dom zdravljia	Broj usluga		Index 09/08	Dodijeljena sredstva u KM		Index 09/08
		2008.	2009.		2008.	2009.	
1.	Novi Grad	2.786.410	2.756.766	98,94	11.664.545	12.450.070	106,73
2.	N Sarajevo	1.030.676	1.126.805	109,33	7.671.031	8.161.076	106,39
3.	Centar	2.426.330	2.310.235	95,22	9.316.651	9.702.952	104,15
4.	Ilići	1.369.586	1.427.908	104,26	5.855.130	6.254.644	106,82
5.	Zenica	2.320.583	2.379.766	102,55	9.786.192	10.342.331	105,68
6.	Travnik	501.886	764.133	152,25	4.418.945	4.758.741	107,69
7.	Mostar	1.703.743	1.712.923	100,54	7.344.683	7.534.832	102,59
8.	Bihać	1.535.739	1.265.793	82,42	4.408.345	4.814.715	109,22

GRUPA SREDNJIH DOMOVA ZDRAVLJA

Rbr	Dom zdravlja	Broj usluga		Index 09/08	Dodijeljena sredstva		Index 09/08
		2008.	2009.		2008.	2009.	
1.	Grude	385.561	261.254	70%	2.577.430	2.969.726	115%
2.	Široki Brijeg	408.251	416.224	102%	3.437.926	3.951.046	115%
3.	Visoko	1.048.601	1.012.625	97%	3.545.055	3.829.583	108%
4.	Čapljina	196.686	249.245	127%	2.263.199	2.636.755	117%
5.	Vogošća	674.084	807.409	120%	3.171.014	3.484.214	110%
6.	Stari Grad	955.745	1.036.006	108%	5.365.176	5.546.285	103%
7.	Novi Travnik	329.563	376.628	114%	2.416.190	2.440.402	101%
8.	Ključ	379.765	388.001	102%	1.179.791	1.175.665	100%
9.	Mostar RMC	349.876	414.196	118%	6.224.027	5.774.529	93%

GRUPA MALIH DOMOVA ZDRAVLJA

Rbr.	Dom zdravljia	Broj usluga		Index 09/08	Dodijeljena sredstva		Index 09/08
		2008.	2009.		2008.	2009.	
1.	Kreševo	108.056	92.700	86%	911.050	989.309	109%
2.	Neum	59.480	68.131	115%	745.363	919.175	123%
3.	B.Petrovac	139.673	187.303	134%	722.268	752.269	104%
4.	Usora	87.601	84.592	97%	524.723	612.277	117%

Izvor podataka: Domovi zdravlja I kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja



PRILOG BROJ 7-DODIJELJENA SREDSTVA DOMOVIMA ZDRAVLJA
GRUPA VELIKIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Domovi zdravlja	Stanovnici		Usluge		Zaposleni		Sredstva		Sred/stan		Sred/uslu		Sredstva/zapos	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	N. Grad	123.200	124.035	2.786.410	2.756.766	494	537	11.664.545	12.450.070	95	100	4	5	23.612	23.184
2.	N. SA.	73.379	73.379	1.030.676	1.126.805	307	317	7.671.031	8.161.076	105	111	7	7	24.987	25.745
3.	Centar	70.203	70.099	2.426.330	2.310.235	344	351	9.316.651	9.702.952	133	138	4	4	27.083	27.644
4.	Iliža	52.896	53.600	1.369.586	1.427.908	250	275	5.855.130	6.254.644	111	117	4	4	23.421	22.744
5.	Zenica	127.113	127.113	2.320.583	2.379.766	494	487	9.786.192	10.342.331	77	81	4	4	19.810	21.237
6.	Travnik	49.266	55.000	501.886	764.133	203	205	4.418.945	4.758.741	90	87	9	6	21.768	23.213
7.	Mostar	83.807	83.807	1.703.743	1.712.923	271	274	7.344.683	7.534.832	88	90	4	4	27.102	27.499
8.	Bihać	61.191	61.287	1.535.739	1.265.793	252	262	4.408.345	4.814.715	72	79	3	4	17.493	18.377
Ukupno		641.055	648.320	13.674.953	13.744.329	2.615	2.708	60.465.522	64.019.361						
Prosjek														94	99
														4	5
														23.123	23.641

GRUPA SREDNJIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Domovi zdavlja	Stanovnici		Usluge		Zaposleni		Sredstva		Sred/stan		Sred/uslu		Sredstva/zapos	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	Grude	15.740	15.740	385.561	261.254	89	90	2.577.430	2.969.726	164	189	7	11	28.960	32.997
2.	Siroki Brijeg	26.252	26.252	408.251	416.224	126	124	3.437.926	3.951.046	131	151	8	9	27.285	31.863
3.	Visoko	38.032	38.705	1.048.601	1.012.625	154	151	3.545.055	3.829.583	93	99	3	4	23.020	25.361
4.	Čapljina	27.798	27.798	196.686	249.245	88	84	2.263.199	2.636.755	81	95	12	11	25.718	31.390
5.	Vogošća	25.000	25.000	674.084	807.409	138	158	3.171.014	3.484.214	127	139	5	4	22.978	22.052
6.	Stari Grad	37.832	37.832	955.745	1.036.006	219	232	5.365.176	5.546.285	142	147	6	5	24.499	23.906
7.	N.Travnik	24.834	24.834	329.563	376.628	101	100	2.416.190	2.440.402	97	98	7	6	23.923	24.404
8.	Ključ	19.771	19.771	379.765	388.001	80	76	1.179.791	1.175.665	60	59	3	3	14.747	15.469
9.	MO-RMC	41.897	41.897	349.876	414.196	143	152	6.224.027	5.774.529	149	138	18	14	43.525	37.990
Ukupno		257.156	257.829	4.728.132	4.961.588	1.138	1.167	30.179.808	31.808.205						
Prosjek														117	123
														6	6
														26.520	27.256

GRUPA MALIH DOMOVA ZDRAVLJA

R/br.	Domovi zdavlja	Stanovnici		Usluge		Zaposleni		Sredstva		Sred/stan		Sred/uslu		Sredstva/zapos	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	Kreševo	7.030	6.361	108.056	92.700	30	30	911.050	989.309	130	156	8	11	30.368	32.977
2.	Neum	4.638	4.638	59.480	68.131	40	38	874.100	851.643	188	184	15	13	21.853	22.412
3.	B. Petrovac	5.901	5.865	139.673	187.303	28	28	722.268	752.269	122	128	5	4	25.795	26.867
4.	Usora	4.599	4.472	87.601	84.592	27	26	524.723	612.277	114	137	6	7	19.434	24.011
Ukupno		22.168	21.336	394.810	432.726	125	122	3.032.141	3.205.498						
Prosjek														137	150
														7	24.257
														26.383	

**PRILOG BROJ 8****KRITERIJI ZA UGOVARANJE IZMEĐU ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DOMOVA ZDRAVLJA**

R/br.	ŽUPANIJA/KANTON	KRITERIJI
1.	SARAJEVSKI KANTON	Odluka o utvrđivanju većeg obima zdravstvenih prava, kao i osnovama, kriterijima i mjerilima za ugovaranje po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama sa područja Kantona Sarajevo od 31.12.2009. godine; Ova odluka se ne primjenjuje jer nisu ostvareni uslovi - Primjenjuju se kriteriji uklapljeni u finansijski plan ZZO
2.	ZENIČKO-DOBOSKI KANTON	Osnova za zaključivanje ugovora između Zavoda i zdravstvenih ustanova su sredstva utvrđena Finansijskim planom Zavoda; -Obim i struktura zdravstvenih usluga utvrđuje se Odlukom o standardima i normativima -Broj i struktura osiguranih lica - Materijalni troškovi su uključeni u vrijednost tima
3.	ZAPADNOHERCEGOVAČKA ŽUPANIJA	Nije donešena Odluka o kriterijima nego se primjenjuje Finansijski plan zavoda i Kolektivni ugovor
4.	HERCEGOVAČKO-NERETVANSKI KANTON/ŽUPANIJA	Odluka o kriterijima od 15.02.2005. godine odreduje elemente kriterija za svaku godinu kako slijedi: - Standardi i normativi zdravstvene zaštite - Broj stanovništva - Vrijednost boda - Tarifa zdravstvenih usluga
5.	UNSKO-SANSKI KANTON	Odluka o kriterijima od 18.02.2003. godine odreduju elemente kriterija za svaku godinu kako slijedi: - Finansijski plan ZZO, - Standardi i normativi zdravstvene zaštite, - Godišnji program rada po timu, - Jedinica zdravstvene usluge, - Naknade i cijene za zdravstvene usluge
6.	SREDNJEBOŠANSKI KANTON	Pravilnik o kriterijima od 11.05.2004. godine odreduje elemente kriterija za svaku godinu kako slijedi: - Financijski plan zavoda, - Standardi i normativi zdravstvene zaštite, - Broj osiguranih lica po jednom radnom timu - Godišnji program rada po timu i Program zdravstvene zaštite iz OZO kao cjeline - Broj usluga po korisniku određene populacije - Neposredno učešće osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite



PRILOG BROJ 9

STRATEŠKA I PLANSKA DOKUMENTA ZA PROVOĐENJE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U KANTONIMA

Kanton/Županija	Strategija	Plan i program mjera zdravstvene zaštite	Mreža zdravstvene djelatnosti	Plan potrebnih kadrova
Kanton Sarajevo	DA	DA	DA	
Unsko-sanski kanton	NE	NE	NE	
Hercegovačko-neretvanska županija	NE	NE	NE	
Zapadnohercegovačka županija	NE	NE	NE	DJELIMIČNO**
Srednjebosanski kanton/	NE	DA	DA	
Zeničko-dobojski kanton	NE*	DA	DA	

Izvor: upitnici dostavljeni od strane kantonalnih ministarstava nadležnih za oblast zdravstva

*U Zeničko-dobojskom kantonu postoji Nacrt Strategije od 2007. godine

**Nijedan kanton nema plan potrebnih kadrova koji obuhvata sve profile medicinskih radnika kao i nemedicinskog osoblja. Većina kantona ima jednogodišnje planove za potrebnim specijalistima.

Donošenje mreže zdravstvene djelatnosti za primarnu zdravstvenu zaštitu, kao i Plan i program mjera u kantonima su vrlo značajni dokumenti i koji bi dali osnove za bolje planiranje i raspodjelu resursa za ovaj nivo zdravstvene zaštite. Također bi trebao sadržavati mjere koje kantonalna ministarstva i ostale institucije u sistemu trebaju poduzeti kako bi se osigurala primarna zdravstvena zaštita u skladu sa postavljenim ciljevima i opredjeljenjima.



PRILOG BROJ 10

IZDVAJANJE SREDSTAVA U FOND SOLIDARNOSTI U PERIODU 2005. GODINE DO 2009. GODINE

U Fond solidarnosti⁷⁰ nisu u predviđenom iznosu doznačena sredstva iz Budžeta FBiH za ujednačavanje razlika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti po kantonima. Fond solidarnosti osnovan je, između ostalog i za ujednačavanje razlika između kantona. U Fond se izdvaja 9% od doprinosa iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz kantona i isti iznos sredstava treba biti doznačen iz Budžeta FBiH, što je prikazano u narednoj tabeli:

Planirana i uplaćena sredstva u Fond solidarnosti u periodu od 2005. do 2009. godine

Godina	Iznos sredstava koji je trebao biti uplaćen iz Budžeta FBiH u Fond solidarnosti (u KM)	Doznačena sredstva iz Budžeta FBiH u Fond solidarnosti (u KM)
2005.	51.927.973	17.250.000
2006.	61.014.759	17.000.000
2007.	71.147.196	18.300.000
2008.	86.553.965	14.837.068
2009.	86.388.350	28.560.933

Izvor podataka: Federalni Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja

Procijenjeno je da je u petogodišnjem periodu iz Budžeta FBiH izdvojeno oko 27% od predviđenih sredstava⁷¹. Izrazito nizak postotak izdvojenih sredstava primjetan je u 2008. godini i iznosi 17%. Sredstva Fonda solidarnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koristila su se samo za finansiranje određenih prioritetnih i preventivnih programa⁷² i nisu korištena za ujednačavanje razlika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti po kantonima.

⁷⁰ Fond solidarnosti osnovan je 2002. Godine za finaciranje visokodeficitarne zdravstvene zaštite za koju pojedini kantoni nemaju uvjete, te za finansiranje određenih prioritetnih i preventivnih programa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

⁷¹ Izvještaj o reviziji financijskih izvještaja Ministarstva zdravstva FBiH i izjava nadležnih iz Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH;

⁷² Prema izjavi odgovorne osobe iz Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH financirani su programi vakcinacije djece, trakice za dijabetes kod djece, novorođenčići skrining;



PRILOG BROJ 11

POTROŠNJA SREDSTAVA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Učešće potrošnje za PZZ u ukupnoj potrošnji u zdravstvenom sektoru

Godina	Broj posjeta u PZZ	Ukupna potrošnja u zdravstvenom sektoru	Potrošnja u PZZ Bez lijekova na recept	Potrošnja za lijekove recept	Učešće PZZ u ukupnoj potrošnji (4:3x100)
1	2	3	4	5	6
2005	8.109.288	645.035.830	177.237.695	86.541.572	27,48%
2006	8.345.746	739.414.016	159.034.426	107.563.597	21,51%
2007	8.269.777	837.310.932	182.809.671	115.258.205	21,83%
2008	8.611.065	1.000.111.385	219.804.616	131.054.036	21,98%
2009	9.848.178	1.047.462.062	234.231.035	155.246.983	22,36%

Izvor podataka: Federalni Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja i Zavod za javno zdravstvo FBiH

Analizom podataka konstatovano je da je broj posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u petogodišnjem periodu porastao za 18%, a utrošak sredstava u posmatranom periodu je povećan za 32%.

Potrošnja za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

R/br	POTROŠNJA PO NAMJENAMA	2007.g.		2008.g.		Index 08/07	2009.g.		Index 09/08
		Iznos	%učeš.	Iznos	%učeš.		Iznos	%učeš.	
1	Primarna zdrav. zaštita sa stomatologijom	184.119.726	21,99	219.804.616	21,98	119,4	234.231.035	22,36	106,6
2	Lijekovi na recept	115.258.205	13,77	131.054.036	13,10	113,7	155.246.983	14,82	118,5
3	Spec. - konsultativna zdrav.zaštita	78.444.715	9,37	92.891.403	9,29	118,4	95.265.362	9,09	102,6
4	Bolnička zdravstvena zaštita	370.952.217	44,30	433.327.808	43,33	116,8	453.744.226	43,32	104,7
5	Zdravstvena zaštita u inostranstvu	8.919.396	1,07	12.374.223	1,24	138,7	12.786.040	1,22	103,3
6	Naknade plaća za bolovanje preko 42 dana	23.483.416	2,80	29.250.450	2,92	124,6	30.402.950	2,90	103,9
7	Ortopedski pomagala	17.457.142	2,08	18.248.269	1,82	104,5	18.483.732	1,76	101,3
8	Putni izdaci i ostala prava	3.773.955	0,45	4.076.829	0,41	108	4.087.174	0,39	100,3
9	Ostali izdaci za provođenje zdrav. zaštite	16.175.972	1,93	35.103.402	3,51	217	18.662.145	1,78	53,2
10	Sredstva za funkcionisanje sistema	18.726.188	2,24	23.980.349	2,40	128,1	24.552.414	2,34	102,4
11	Ukupni rashodi iz obaveznog zdrav. osiguranja	837.310.932	100,00	1.000.111.385	100,00	119,4	1.047.462.062	100,00	104,7

Izvor: Obračun sredstava u zdravstvu za 2008. I 2009. Godinu – Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH



PRILOG BROJ 12

Prosječna ukupna potrošnja po osiguranom licu i potrošnja za lijekove na recept po osiguranom licu po kantonima

R.br.	Kanton	2007.			2008.			2009.		
		Br.osig. lica	Prosj.potr. iz ob.osig.po osig.licu	Prosj.potr. na recept po osig.licu	Br.osig lica	Prosj.potr iz ob.osig.po osig. licu	Prosj.potr. na recept po osig.licu	Br.osig. lica	Prosj.potr iz.ob.osig.poosig .licu	Prosj.potr.na recept po osig.licu
1.	Unsko-sanski	208.259	337	41	206.444	377	50	208.749	408	57
2.	Posavski	29.217	429	30	28.506	516	35	27.464	559	36
3.	Tuzlanski	442.707	388	63	442.758	454	72	447.265	462	82
4.	Zenicko-dobojski	346.741	336	39	343.046	419	45	341.119	441	50
5.	Bosansko-podrinjski	25.101	437	63	25.856	582	69	25.800	549	74
6.	Srednjo-bosanski	199.651	305	27	201.535	396	32	212.436	414	45
7.	Hercegovačko-neretvanski	184.477	472	24	184.867	540	28	186.238	562	33
8.	Zapadno-hercegovački	65.465	375	46	68.659	454	61	71.720	502	56
9.	Sarajevo	393.162	675	122	399.419	793	131	406.006	802	159
10.	Hercegbosanski	52.971	376	40	53.368	441	46	53.237	469	48
Ukupno u FBiH		1.947.751	431	59	1.954.458	513	67	1.980.034	531	78

Izvor: Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja



PRILOG BROJ 13

Učešće preventivnih usluga u ukupnom broju usluga u PZZ u FBiH

Podaci za godinu:	Broj usluga u PZZ u Federaciji BiH	Od toga preventivne usluge	%učešća preventivnih u ukupnom broju usluga u PZZ
2005.	15 645 770	629 430	4%
2006.	15 782 967	840847	5%
2007.	15 272 493	859 374	6%
2008.	16 002 600	998 708	6%
2009.	17 567 414	1 101 327	6%

Izvor podataka: Zavod za javno zdravstvo FBiH

Prikazani podaci u tabeli ukazuju da strateško opredjeljenje i poduzete mjere nisu dale očekivani rezultat koji bi povećao preventivno djelovanje u svrhu smanjenja troškova u zdravstvenom sektoru i upućivanja pacijenata na više i skuplje nivo zdravstvene zaštite. Za preventivno djelovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti po standardima i normativima zdravstvene zaštite predviđeno je oko 40% radnog vremena.

PZZ je opredijeljena za jačanje preventivnog djelovanja kako bi se na ovom nivou riješilo 80% potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom. Analizom podataka uočeno je da je udio izvršenih preventivnih usluga u odnosu na ukupan broj izvršenih usluga u PZZ za period od 2005. Do 2009. godine prosječno je iznosio oko 5%, sa tendencijom rasta od 1% u posljednje 3 godine.

Kroz petogodišnji period upućivanje pacijenata specijalistima na više i skuplje nivo zdravstvene zaštite i dalje ima visok procent što prikazuje naredna tabela:

Upućivanje na više nivo zdravstvene zaštite

Podaci za godinu:	Prve posjete	Upućeno specijalisti	% upućivanja specijalisti u odnosu na prve posjete
2005.	2 598 588	1 835 078	71%
2006.	2 687 536	2 021 240	75%
2007.	2 712 838	1 899 078	70%
2008.	2 735 455	1 911 521	70%
2009.	3 114 092	2 324 432	75%

Izvor: Zavod za javno zdravstvo FBiH

Prikazani podaci u tabeli ukazuju da strateško opredjeljenje i poduzete mjere nisu dale očekivani rezultat koji bi smanjio upućivanje pacijenata na više i skuplje nivo zdravstvene zaštite. Ovakvo stanje ima potporu u informacijama da se za primarni nivo zdravstvene zaštite ne izdvaja dovoljno sredstava da bi se podržala opredjeljenja za napredak ovog sektora.

**REFERENCE:**

- Ustav Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, broj 1/94);
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. novine FBiH“, broj 29/97; 46/10);
- Zakon o zdravstvenom osiguranju („Sl. novine FBiH“, broj 30/97);
- Zakon o Vladi Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, broj: 1/94);
- Zakon o federalnim ministarstvima i drugim tijelima federalne uprave („Sl.novine FBiH“, broj: 19/03, 35/05, 2/06, 8/06, 61/06);
- Uredba sa zakonskom snagom u ustanovama („Službene novine FBiH“ broj 6/92)
- Strategija razvoja primarne zdravstvene zaštite u Federaciji BiH (2006.godina)
- Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine (2008.-2018.)
- Strategija razvoja zdravstvene zaštite u Kantonu Sarajevo (2006.-2015)
- Nacrt Strategije razvoja zdravstvene zaštite u Zeničko-dobojskom kantonu (2007.godina)
- Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (“Sl.novine Federacije BiH”, br.03/05);
- Pravilnik o obračunu sredstava u zdravstvu (“Sl.novine Federacije BiH”, br.26/03);
- Pravilnik o specijalizaciji porodične medicine (“Sl.novine Federacije BiH”, br.50/00)
- Prijedlog pravilnika o specijalizacijama i subspecijalizacijama doktora medicine, doktora stomatologije i magistara farmacije, septembar 2010. Godine (Federalno ministarstvo zdravstva);
- Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava (“Sl.novine Federacije BiH”, br.21/09);
- Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava (“Sl.novine Federacije BiH”, br.21/09);
- Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji Federalnog ministarstva zdravstva: 2008. godina;
- Odluke o osnovama kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova;



- Obračun sredstava u zdravstvu Federacije FBiH (Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH 2008. I 2009. godina)
- Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za 2008. i 2009. godinu (Zavod za javno zdravstvo FBiH);
- Izvještaj o zdravstvenom stanju stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji BiH za 2008. i 2009. godinu (Zavod za javno zdravstvo FBiH)
- Izvještaj o završetku Projekta osnovnog zdravstva – 15.11.2004. godine;
- Projekat Svjetske banke „Socijalna procjena“ – PRIZMA istraživanja – 15.12.2004. godina;
- Projekat Svjetske banke – Izvještaj 2005. godine „Jačanje zdravstvenog sektora“
- ICVA- istraživanje (Inicijativa i civilna akcija u suradnji sa Helsinškim komitetom za ljudska prava u BiH)
- Prezentacije radnih grupa Zavoda za javno zdravstvo FBiH (o primarnoj zdravstvenoj zaštiti)
- Prezentacije radnih grupa Zavoda za javno zdravstvo FBiH (monitoring provođenja i razvoja primarne zdravstvene zaštite-dostupnost)
- Prezentacije radnih grupa Zavoda za javno zdravstvo FBiH (Uloga Zavoda za javno zdravstvo u procesu monitoringa i evaluacije 2010.)
- Funkcionalni pregled zdravstvenog sektora (SORFECO -31.08.2004.)
- Planiranje zdravstvenih kadrova u Federaciji BiH (Queens University 2007. godina)
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Bihać za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Ključ za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Bosanski Petrovac za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Travnik za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Novi Travnik za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Kreševo za 2008. I 2009. godinu



- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Mostar za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Mostar RMC za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Čapljina za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Neum za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Široki Brijeg za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Grude za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Zenica za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Visoko za 2008. I 2009. godinu
- Izvještaj o radu sa finansijskim pokazateljima JU Dom zdravlja Usora za 2008. I 2009. godinu
- Kanton Sarajevo: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja KS za 2008. I 2009. godinu;
- Unsko-sanski kanton: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja Bihać, Ključ i Bosanski Petrovac za 2008. I 2009. godinu;
- Srednjebosanski kanton: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja Travnik, Novi Travnik i Kreševo za 2008. I 2009. godinu;
- Hercegovačko-neretvanski kanton: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja Mostar, Mostar RMC, Čapljina i neum za 2008. I 2009. godinu;
- Zapadnohercegovačka županija: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja Široki Brijeg i Grude za 2008. I 2009. godinu;
- Zeničko-dobojski kanton: Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i JU Doma zdravlja Zenica, Visoko i Usora za 2008. I 2009. godinu;
- Finansijski plan i Izvještaj o radu i finansijskom poslovanju zavoda zdravstvenog osiguranja za 2008. I 2009. godinu (KS, USK, SBK, HNK, ZHŽ i ZE-DO)
- Statut zavoda zdravstvenog osiguranja
- Plan i program mjera zdravstvene zaštite KS, ZE-DO i SBK
- Mreža zdravstvene djelatnosti: KS, ZE-DO i SBK



- Plan potrebnih kadrova-specijalizacija KS, ZE-DO, HNK, USK, ZHŽ, SBK;
- Javni poziv za registriranje korisnika u KS;
- Odluka o registriranju korisnika USK, HNK, ZHŽ, SBK, ZE-DO kantona;
- Procjena potrebnog zdravstvenog kadra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u KS (Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo)
- Evaluacija reforme u odabranim oblastima sektora primarne zdravstvene zaštite u Federaciji BiH – Završni izvještaj (Zavod za javno zdravstvo FBiH)