

STRATEGIJA ZA RAZVOJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE



**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA**

P R E D G O V O R

Svrha ovoga dokumenta je da doprinese razvoju primarne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini.

Vlada Federacije Bosne i Hercegovine nastoji razviti zdravstveni sektor na način koji će poboljšati učinkovitost, ujednačenost i kvalitet usluga. Ključna pitanja u zdravstvenom sektoru u pogledu strategije jačanja primarne zdravstvene zaštite odnose se na: finansijsku održivost; neučinkovito pružanje usluga; ograničen insitucionalni kapacitet i institucionalna fragmentacija, kao i neujednačen pristup zdravstvenoj zaštiti.

Vlada trenutno saraduje sa međunarodnim agencijama na rješavanju navedenih pitanja. Posebno se u ovom procesu ističu Svjetska banka, Svjetska zdravstvena organizacija, Švicarska razvojna korporacija (SDC), Europska unija, Japanska međunarodna razvojna agencija (JICA), Vijeće Europe i Kanadska međunarodna razvojna agencija koje daju finansijsku i tehničku podršku ,te na taj način aktivno doprinose razvoju primarne zdravstvene zaštite i obiteljske medicine.

Uprkos veoma složenom okruženju, dosta toga je urađeno u Federaciji BiH na reformi zdravstveneog sistema. Prioritet je bila reforma primarne zdravstvene zaštite s akcentom na razvoj obiteljske medicine a što je dobra osnova na kojoj je moguće nastaviti sa uspješnim razvojem.

Veliki broj interesnih grupa želi da se dinamika implementacije reforme primarne zdravstvene zaštite ubrza pa je stoga potrebno što prije donijeti strateški dokument koji bi dao dalje smjernice i razriješio sve dileme kako kod korisnika usluga tako i kod davalaca

Izmjene legislative , definiranje uloge timova obiteljske medicine u zdravstvenom sistemu i jasnije definiranje djelokruga usluga primarne zdrasvtvene zaštite uspostavljanje novih mehanizme plaćanja, definiranje finansijskih poticaja za timove obiteljske medicine u cilju poboljšavanja uspješnosti – kako bi se pokazala veća predanost timovima obiteljske medicine i kvalitete, pojašnjavanje uloge specijalista na primarnom nivou zdravstvene zaštite i razgraničćenje sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom — kako bi se bolje definirali mehanizmi upućivanja pacijenata na viši nivo zdravstvene zaštite kao i pojašnjavanje, prava građana i osiguranika samo su dio izazova kroz koje trebamo proći.

Stoga ovaj dokument predstavlja samo jedan put do cilja, do kojega možemo stići zajedno.

1. ŠTO JE TO PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Definiranje primarne zdravstvene zaštite se razlikuje od države do države., i ona se može kroz prizmu koncepta, nivoa, sadržaja usluga te procesa i pripadanja timova (vidi aneks 1)

U Deklaraciji iz Alma Ate iz 1978 godine (SZO i UNICEF) primarna zdravstvena zaštita se definiše kao «Esencijana zdravstvena zaštita, zasnovana na praktičnim, naučno ispravnim i društveno prihvatljivim metodama i tehnologijama, opšte pristupačna pojedincima i porodicama u zajednici uz njihovo puno učešće, po cijeni koja ta zajednica i zemlja mogu da podnesu u svakoj fazi njihovog razvoja, u duhu oslanjanja na sopstvene mogućnost i samo odlučivanja. Ona istovremeno predstavlja integralni dio zdravstvenog sistema zemlje, čija je centralna funkcija i glavno žarište i sveukupnog socijalnog i ekonomskog razvoja zajednice. Ona je prvi nivo kontakta pojedinca, porodice i zajednice sa nacionalnim zdravstvenim sistemom, približavajući zdravstvenu zaštitu što je moguće više mjestu gde ljudi žive i rade, konstituišući prvi element u kontinuiranom procesu zdravstvene zaštite»

Originalni principi primarne zdravstvene zaštite koji su prvo opisani u Deklaraciji iz Alma Ate 1978 godine i dalje imaju vrijednost i primjenjivi su na probleme s kojima se suočavaju zajednice i zdravstveni sistemi u 21 stoljeću. Oni naglašavaju učešće zajednice, intersektoralno suradnje na pitanjima koje zdravstveni sektor ne može riješiti sam. (Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions»; WHO(MNC/OSD/03/01/).

Primarna zdravstvena zaštita definisana u Alma Ate postavila je veoma velike standarde zdravstvene zaštite što je vodilo različitim promjenama i modifikacijama od njene originalne ideje i rezultiralo razvojem primarne zdravstven zaštite poznate kao «selektivna primarna zdravstvena zaštita» (Wass 1995; Baum 1998)

Selektivna primarna zdravstvena zaštita kao rezultat potrebe za najveći mogući utjecaj na zdravlje po najmanjem mogućem trošku (izražena briga za politiku i ekonomičnost) Fokus selektivne zaštite je bolest i liječenje pojedinca pružano samo od strane zdravstvenih profesionalaca. Profesionalni zdravstveni radnici se smatraju primarnim faktorom selektivne zdravstvene zaštite i njihova uloga i odgovornost je isključivo na liječenju bolesti te je ovakva selektivna zaštita i jedina odgovorna za zdravlje.

Za razliku od selektivne zaštite

Alternativa 'selektivnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti' predstavlja sistem tkz. 'sveobuhvatne primarne zdravstvene zaštite' koji se u velikoj mjeri koristi u mnogim razvijenim državama, i koji se sastoji od širokog raspona zdravstvene edukacije, promocije, prevencije, liječenja i rehabilitacije, kao i palijativne njege. Ovaj oblik zdravstvene zaštite ima ekološki pogled na zdravlje, dugoročan je i usredsređuje se na razvoj, a zahtijeva i socijalne promjene, socijalnu pravdu i preraspodjelu moći i resursa. Određeni krugovi smatraju da se sveobuhvatna primarna zdravstvena zaštita također može prijuštiti i pružati u kontekstu država u razvoju.

Interfejs između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite je dinamičan i konstantno se mjenja, ali isti je slučaj sa granicama koje definiraju uloge ljekara opće prakse, lječnika obiteljske medicine ili bolničkih specijalista. Postoji i značajano preklapanje uloga ljekara opće prakse koji pružaju specijalističko-konsultativne usluge i specijalista koji pružaju usluge opće prakse, koji se još naziva i ‘skrivena zdravstvena zaštita’.ⁱ ⁱⁱ Ovo dodatno komplicira mogućnosti usporedbe nalaza dobivenih istraživanjima u različitim državama i kontekstima.

U europskoj regiji, set aktivnosti razvijenih za primarnu zdravstvenu zaštitu raste velikom brzinom. Velika količina specijalističko-konsultativnih usluga na nivou ambulantne zdravstvene zaštite prelazi na nivo primarne zdravstvene zaštite putem otvorenih klinika koje se ohrabruju na korištenje šema zajedničke zdravstvene zaštite.ⁱⁱⁱ Čak i bolničko-stacionarske usluge koje se tradicionalno pružaju u bolnicama od strane specijalista spuštaju se na nivo primarne zdravstvene zaštite putem tkz. šema bolničkog liječenja kod kuće.^{iv} Od ljekara opće prakse sada se očekuje da pružaju usluge u hitnim slučajevima koje su se tradicionalno pružale u centrima urgentne medicine pri bolnicama.^v

2. ZDRAVSTVENO STANJE STANOVNIŠTVA I ORGANIZACIJA PZZ U FEDERACIJE BIH U 2004.

Prema podacima Federalnog zavoda za statistiku, u 2004. godini u Federaciji BiH je živjelo 2.324.712 stanovnika. Na osnovu starosne strukture stanovništva Federacije BiH pripada kategoriji regresivno-stacionarnog stanovništva sa učešćem od 11,4% osoba starih 65 i više godina. Prema polu, žene su činile 53% stanovništva.

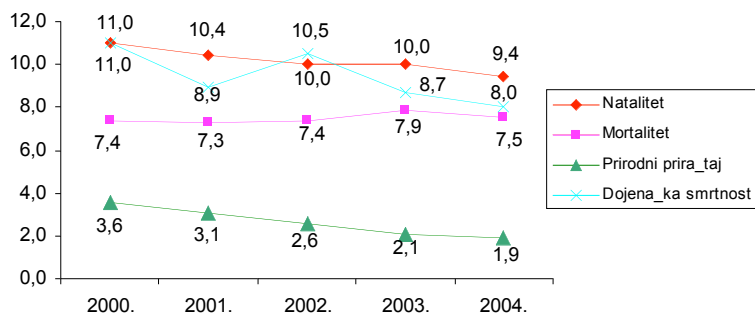
Federacija BiH spada u zemlje sa niskim natalitetom (ispod 15‰). Stopa nataliteta pokazuje trend stalnog opadanja od 1996. godine i u 2004. godini je iznosila 9,4‰.

Stopa opće smrtnosti je imala srednju vrijednost od 7,5 ‰ i bilježi lagani porast posljednjih godina.

Stopa dojenačke smrtnosti, kao i prethodnih godina, je bilježila nisku vrijednost od 8,0‰.

Grafikon 1: Prirodno kretanje stanovništva u F BiH od 2000.-2004. godine

Kao posljedica pada stope nataliteta i laganog porasta stope mortaliteta, prirodni priraštaj bilježi trend opadanja i sa vrijednošću od 1,9‰ u 2004. godini ima izrazito nepovoljnu vrijednost (grafikon 1).

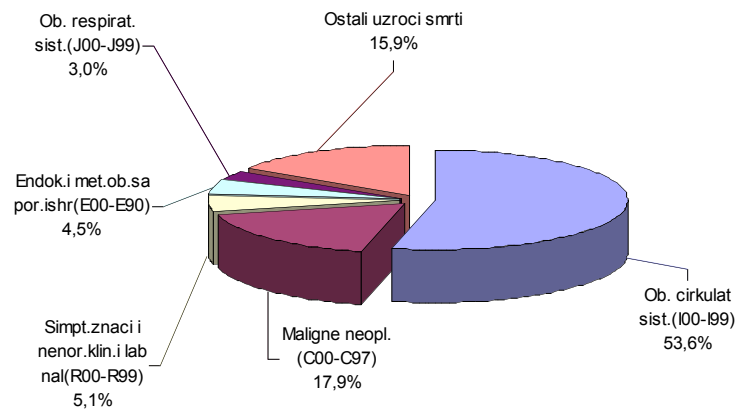


Iako pojedini ekonomski pokazatelji pokazuju poboljšanje (bruto domaći proizvod i prosječna neto plaća), uz porast broja nezaposlenih, još uvijek velik broj raseljenih lica, te značajnog udjela stanovnika sa različitim stepenom invaliditeta u stanovništvu, anketom provedeno mjerenje životnog standarda (LSMS) utvrđeno je da oko 16% stanovništva Federacije BiH ima standard ispod opće granice siromaštva (2.198 KM).

Kao jedan od najboljih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva, stopa dojenačke smrtnosti (ukupan broj umrle dojenčadi na 1.000 živorođene djece), u 2004. godini je, imala nisku vrijednost od 8,5‰.

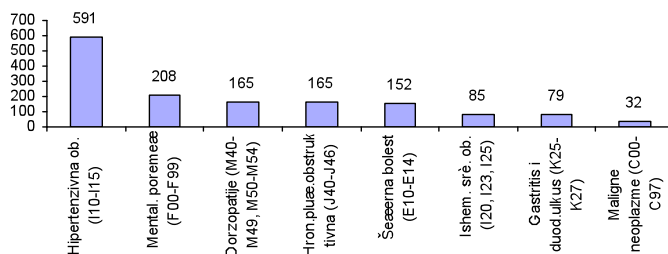
Grafikon 2: Vodeći uzroci smrti stanovništva FBiH u 2004. godini (po poglavljima 10. MKB), Indeks strukture

Stopa općeg mortaliteta ima srednju vrijednost od 7,9‰, a vodeći uzroci smrti stanovništva u 2004. godini (po poglavljima 10. MKB) su bili: oboljenja cirkulatornog sistema sa 53,8% učešća i maligne neoplazme sa indeksom strukture od 17,9%. Visoko su pozicionirana endokrina i metabolička oboljenja sa poremećajima u ishrani sa 4,5% učešća (grafikon 2).



Vodeća oboljenja registrovana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su bila: akutne infekcije gornjih respiratornih puteva sa učešćem u strukturi od 28,4% i hipertenzivna oboljenja koji su učestvovali sa 7,6%. Na trećem mjestu su rangirani akutni bronhitis, bronhiolitis itd. Među nezaraznim oboljenjima, pored hipertenzivnih oboljenja značajno učešće su imali mentalni poremećaji, dorzopatije itd. (grafikon 3).

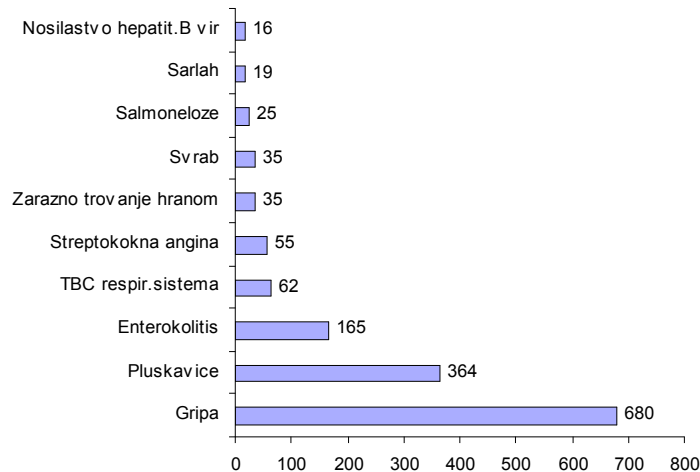
*Grafikon 3: Vodeća nezarazna oboljenja u Federaciji BiH u 2004. godini
Stopa /10.000 stanovnika*



U strukturi ukupnog morbiditeta u Federaciji BiH u 2004. godini povrede su učestvovala sa 3,6%.

Grafikon 4: Deset vodećih zaraznih bolesti u FBiH, u 2004. godini, stopa/100.000

Stanovništvo u FBiH najviše obolijeva od kapljicnih infekcija, zatim crijevnih, parazitarnih bolesti, zoonoza i drugo, čemu dobrim dijelom doprinose okolišni rizici (nesigurna vodoopskrba, neriješena dispozicija otpadnih materija, bolesti vezane uz masovnu proizvodnju hrane, ali i pad socioekonomskog i higijenskog standarda (grafikon 4).



HIV infekcija u FBiH pokazuje trend rasta, što je posljedica povećanja rizičnog ponašanja među stanovništvom (narkomanija, prostitucija, trgovina ženama, mobilnost populacije itd.), a dijelom i rezultat jačanja prve generacije nadzora. Istina, postojeći podaci o broju registrovanih slučajeva zaraženih i oboljelih ne odražavaju pravo stanje jer dobar dio, posebno populacije rizičnog ponašanja.

Promjene ponašanja, u smislu povećane upotrebe duhana, alkohola i psihotropnih supstanci, najčešće socijalno–ekonomski uslovljene predstavljaju rastući rizik po zdravlje stanovništva. Rezultati istraživanja ukazuju na porast nezdravih životnih navika među stanovništvom.

Evidentirano je 37% pušača među odraslom populacijom, što uz loše navike u ishrani i nedovoljnu fizičku aktivnost predstavlja direktni faktor rizika koji se povezuje sa povećanjem stope obolijevanja i smrtnosti od kardiovaskularnih, malignih i drugih hroničnih oboljenja.

Zagađena voda, vazduh i zemljište, te mine i jonizirajuće zračenje predstavljaju riziko faktore okoliša koji ugrožavaju zdravlje stanovništva.

Organizacija primarne zdravstvene zaštite

Jedan od ciljeva reforme zdravstva u FBiH je pružanje zdravstvene zaštite što bliže stanovništvu, što se ostvaruje implementacijom obiteljske medicine. S obzirom na to, posljednjih godina se pri dodjeli novih specijalizacija davala prednost specijalizaciji

obiteljske medicine. Na ovom nivou zdravstvene zaštite se implementiraju i centri za mentalnu i fizikalnu rehabilitaciju u zajednici.

U 2004. godini je u odnosu na 2003. godinu zabilježen lagani porast broja punktova i ordinacija, kao i broja zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (opća/obiteljska medicina, pedijatrija, školska medicina, pneumoftiziološka zaštita, medicina rada, ginekologija, hitna pomoć).

Tako je broj punktova u 2004. godini iznosio 894, što predstavlja povećanje za 3,8% u odnosu na prethodnu godinu.

Rezultati istraživanja su pokazali da je prosječna udaljenost korisnika od najbliže ambulante PZZ-e kod 54% stanovništva FBiH manja od 1.500 m, kod 24% je ova udaljenost između 1.500 i 5.000 m, dok 22% stanovništva stanuje na više od 5.000 m udaljenosti od prve ambulante (8).

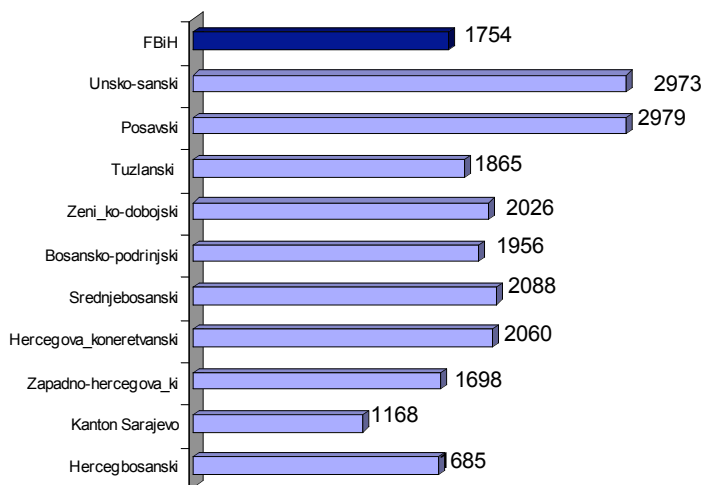
U 2004. godini u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH je radilo 34% ukupnog broja doktora medicine, a 73,0% njih su bili specijalisti.

Ovaj vid zdravstvene zaštite je obezbjeđivalo 1.277 radnih timova, što predstavlja povećanje za 2,6% u odnosu na 2003. godinu.

Na 100.000 stanovnika je bilo 55 doktora medicine i 122 zdravstvenih tehničara, a na jednog doktora u prosjeku su radila 2,2 zdravstvena tehničara.

Posmatrano po kantonima, prisutne su razlike u obezbjeđenosti stanovništva timovima primarne zdravstvene zaštite. Tako je najveći broj doktora medicine prisutan u Kantonu Sarajevo (86/100.000), a najmanji u Unsko-sanskom i Posavskom kantonu (34/100.000).

grafikon 37: Broj stanovnika po doktoru medicine u PZZ u FBiH u 2004.



Po jednom doktoru medicine u FBiH je u prosjeku bilo 1.754 stanovnika.

Najveći broj stanovnika po jednom doktoru je bio u Posavskom i Unsko-sanskom kantonu, a najmanji u Kantonu Sarajevo (grafikon 37).

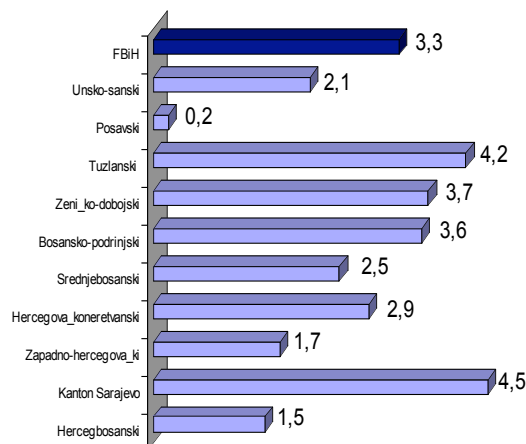
Po jednom doktoru medicine su u prosjeku ostvarene 23 posjete dnevno.

Grafikon 38: Broj posjeta u PZZ po stanovniku u FBiH u 2004. god

U 2004. godini su po jednom stanovniku u prosjeku ostvarene 3,3 posjete. Ovaj broj pokazuje lagano povećanje u odnosu na prethodnu godinu kada je broj posjeta po stanovniku iznosio 2,9.

Evidentiran je povoljan odnos prvih i ponovnih posjeta, te su na jednu prvu posjetu u prosjeku ostvarene dvije ponovne posjete.

Najveći broj posjeta je ostvaren u Kantonu Sarajevo i Tuzlanskom, a najmanji u Posavskom i Hercegbosanskom kantonu (grafikon 38).



U 2004. godini je, u odnosu na prve posjete čak 66% pacijenata upućeno specijalisti. Ovako veliki procenat uputnica specijalisti je u suprotnosti sa strateškim opredjeljenjem razvoja primarne zdravstvene zaštite, prema kojem se oko 80% svih zahtjeva za zdravstvenom zaštitom treba zadovoljiti na ovom nivou, te tako smanjiti upućivanje na više i skuplje nivoe zaštite.

Učešće preventivnih usluga prema broju prvih posjeta je bilo 20,8%, što još uvijek nije u skladu sa reformskim opredjeljenjem orijentisanim ka promociji zdravlja i prevenciji bolesti, kao ni sa standardima i normativima primarne zdravstvene zaštite, prema kojim 40% radnog vremena treba da čine usluge preventivne.

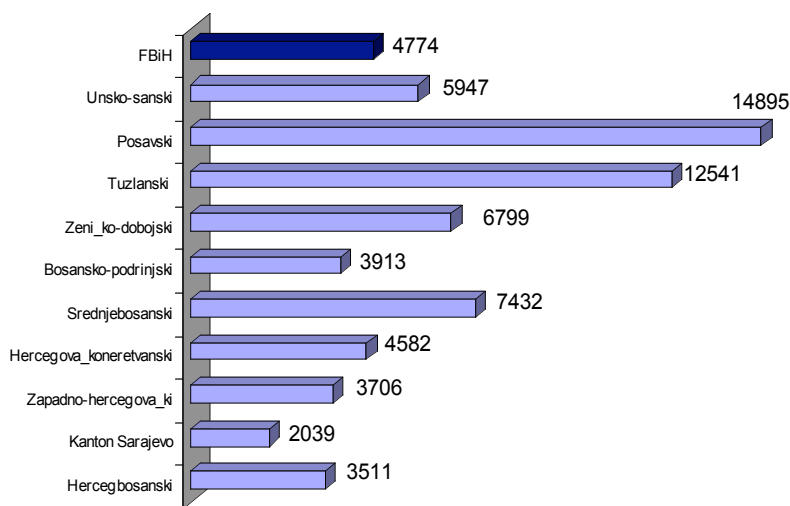
Također, procenat kućnih posjeta je nezadovoljavajući, te su doktori medicine imali svega 3,2%, a ostali zdravstveni radnici 22,3% kućnih posjeta prema prvim posjetama.

Stomatološku zaštitu u FBiH je u 2004. godini u okviru 233 punkta pružalo 479 radnih timova, što predstavlja povećanje za 3% u odnosu na prethodnu godinu. Na 100.000 stanovnika radio je 21 doktor stomatologije i 29 stomatoloških tehničara, a na jednog doktora su radila 1,4 zdravstvena tehničara.

Najveći broj doktora stomatologije je registrovan u Kantonu Sarajevo (49/100.000), a najmanji u Posavskom (7/100.000) i Tuzlanskom kantonu (8/100.000).

Po jednom doktoru stomatologije je u FBiH u prosjeku bilo 4.774 stanovnika.

Grafikon 39: Broj stanovnika po doktoru stomatologije u FBiH u 2004.godini



Posmatrano prema kantonima, vidljiva je neravnomjerna pokrivenost stanovništva timovima stomatološke zaštite, pa je najveći broj stanovnika po jednom doktoru stomatologije u Posavskom i Tuzlanskom kantonu, a najmanji u Kantonu Sarajevo (grafikon 39).

Po jednom doktoru stomatologije je u prosjeku ostvareno

samo 7,4 posjeta dnevno, što govori o nedovoljnoj iskorištenosti postojećih resursa.

Po jednom stanovniku u Federaciji BiH je u 2004. godini u prosjeku ostvareno samo 0,4 posjeta, a tek svaki peti stanovnik je u odnosu na prve posjete bio kod stomatologa, što je veoma nezadovoljavajuće. Na svaku prvu posjetu u prosjeku je ostvarena jedna ponovna posjeta.

Iako je broj posjeta po stanovniku u svim kantonima veoma nizak, najveći broj posjeta je ostvaren u Kantonu Sarajevo i Bosansko-podrinjskom kantonu, a najmanji u Posavskom kantonu.

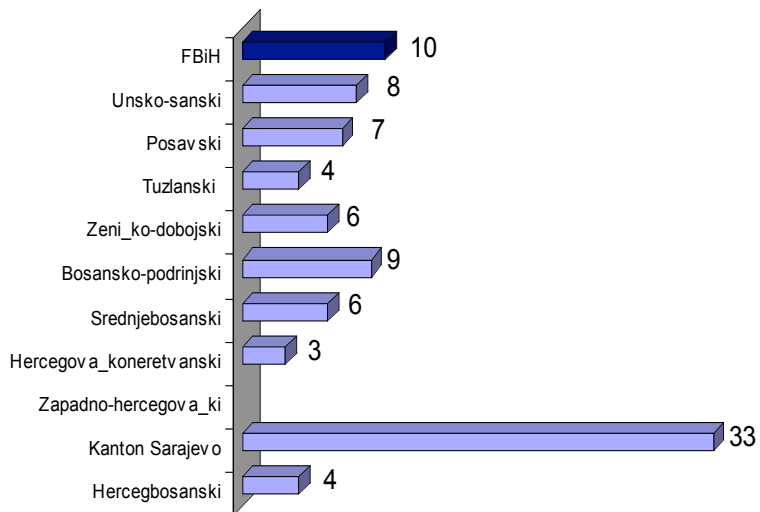
Rezultati istraživanja su pokazali da 52% stanovništva odlazi stomatologu samo u slučaju zubobolje ili neke tegobe, 9% ne odlazi nikada ili vrlo rijetko, dok 29,1% ide stomatologu jedanput ili više puta godišnje zbog kontrole (8).

Na jednu uslugu plombiranja stalnih zuba dolazilo je 1,3 usluga vađenja zuba, što je veoma nezadovoljavajuće.

U 2004. godini farmaceutsku djelatnost u javnom sektoru je u okviru 65 apoteka obezbjeđivao 231 magistar farmacije, što je za 12% više nego u 2003. godini.

Na 100.000 stanovnika je bilo 10 magistara farmacije i 14 farmaceutskih tehničara (grafikon 40).

grafikon 40: Magistri farmacije u FBiH u 2004. godini
 Stopa/100.000 stanovnika



Najveći broj magistara farmacije zaposlenih u javnom sektoru u 2004. godini je bio u Kantonu Sarajevo, a najmanji u Hercegovačko-neretvanskom kantonu (ne raspolažemo podacima za Zapadno-hercegovački kanton) (grafikon 40). U ovoj godini je po jednom stanovniku u

prosječno izdato 1,9 lijekova na recept.

3. ZAŠTO JAČANJE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Vlade širom svijeta pokušavaju iznaći načine kojima će u zdravstvenom sektoru poboljšati jednak pristup, učinkovitost, efektivnost i sposobnost zdravstvenog sektora da odgovori na sve izazove. U izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije iz 2000. godine, navedene su mnoge države koje nisu uspjele osigurati dovoljnu uspješnost svojih potencijala.^{vi} Ne postoji usaglašenost u pogledu optimalne strukture, sadržaja i načina pružanja ekonomičnih usluga koje za cilj imaju postizanje optimalne zdravstvene zaštite za stanovništvo. Ne postoje ni zadovoljavajuća rješenja koja mogu odgovoriti na rastuće zahtjeve, koja precizno identificiraju potrebe različitih grupa stanovništva i koja pružaju programe za zadovoljavanje tih potreba kako bi se stalo u kraj nejednakom pristupu zdravstvenim uslugama i zdravstvenim ishodima

Proteklih godina je došlo do prihvatanja uloge primarne zdravstvene zaštite u pružanju ekonomičnije zdravstvene zaštite. Sistematična analiza empirijskih činjenica u smislu prednosti i mana sistema zdravstvene zaštite zasnovanih na obiteljskim ljekarima a ne na uslugama koje pružaju specijalisti pokazalo je da sistemi zasnovani na primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini podrazumjeva značajne prednosti.^{vii}

Pregled dostupnih činjenica pokazuje da su zdravstveni sistemi koji se oslanjaju na primarnu zdravstvenu zaštitu s naglaskom na obiteljsku medicinu, u pogledu boljih zdravstvenih ishoda stanovništva, unaprijedili ujednačenost, adekvatnije korištenje usluga, zadovoljstvo korisnika usluga i naknadne troškove u zdravstvenim sistemima.^{viii} Činjenice do kojih se nedavno došlo pokazuju da je veći broj ljekara primarne zdravstvene zaštite u odnosu na stanovništvo rezultira smanjenom stopom smrtnosti kako općenito, tako i za srčane bolesti i karcinom. Veći broj specijalista u odnosu na određeni broj stanovnika povećava stopu smrtnosti.^{ix}

Međunarodna istraživanja pokazuju da je kvalitet sistema primarne zdravstvene zaštite neke zemlje usko povezan sa poboljšanim zdravstvenim ishodima kod stanovništva u pogledu smrtnosti, prerane smrtnosti i prerane smrtnosti prouzrokovane glavnim respiratornim i kardiovaskularnim oboljenjima. Ova povezanost je značajna nakon kontrole osnovnih pokazatelja zdravlja stanovništva na makro nivou (GDP po glavi stanovnika, ukupan broj ljekara na 1.000 stanovnika, procent starih osoba) i mikro nivou (prosječan broj ambulatornih posjeta, dohodak po stanovniku, potrošnja duhanskih proizvoda i alkoholnih pića). Nadalje, poboljšana dostupnost primarne zdravstvene zaštite usko je povezana sa većim zadovoljstvom pacijenata i manjim ukupnim izdvajanjima na zdravstvenu zaštitu. Zdravstveni sistemi sa jakom orijentacijom ka primarnoj zaštiti obično stavljaju naglasak na pružanje zaštite socijalno ugroženim kategorijama, pružanje uravnoteženih usluga a pristup takvim uslugama je olakšan. Na operativnom nivou, većina istraživanja koja su uspoređivala usluge koje mogu pružati kako obiteljski ljekari, tako i specijalisti nisu pokazala negativne rezultate u kvalitetu zdravstvene zaštite ili pacijentskih ishoda u pogledu usluga koje pružaju obiteljski ljekari. Povrh toga, pristup u okviru kojeg usluge pružaju obiteljski ljekari umanjuje troškove i povećava zadovoljstvo klijenata.

Većina istraživanja koja su analizirala spuštanje određenog broja usluga sa sekundarnog na primarni nivo zdravstvene zaštite pokazala su da je takvo prebacivanje ekonomično, ali ne baš u svim slučajevima. Proširenje sistema zasnovanog na primarnoj zdravstvenoj zaštiti.^x

Nalazi podržavaju politike koje ohrabruju spuštanje usluga sa specijalističko-konsultativnog nivoa na primarni nivo zdravstvene zaštite sa naglaskom na obiteljsku medicinu jer takva zamjena nema negativan uticaj na kvalitet usluga ali zato značajno umanjuje troškove. Istraživanja pokazuju granice ovakve zamjene ali potom se postavljaju pitanja kao što su konfiguracija struktura primarne zdravstvene zaštite i timova, sadržaj usluga i način pružanja istih.

Kao i sve vlade širom svijeta i Vlada Federacije Bosne i Hercegovine pokušava da iznađe načine za uspostavljanje efikasnije, efektivnijeg, dostupnije i kvalitetnijeg zdravstvenog sistema s ciljem poboljšanja i očuvanja zdravlja svog stanovništva.

4.OSVRT NA DOSADAŠNJE REFORMSKE AKTIVNOSTI KAO PODRŠKA JAČANJU PZZ U FBIH

U tijeku prethodnih nekoliko godina u Federaciji BiH pokrenute su sveobuhvatne reforme zdravstvenog sektora u cilju stvaranja preduvjeta za funkcioniranje kompletnog sustava zdravstvene zaštite, poboljšanja zdravstvene zaštite, povećavanje efikasnosti i jačanja njegove financijske održivosti baziranog na principima jednakosti i solidarnosti u pristupu osnovnoj zdravstvenoj zaštiti.

4.1 Pregled strateških dokumenata

S tim u vezi, 1996. godine Federalno ministarstvo zdravstva je, u suradnji s ekspertima SZO, pripremio dokument pod naslovom "Federalni zdravstveni program". Ovaj dokument je bio osnova za izradu narednih strateških dokumenata: Strateški plan za reformu i rekonstrukciju zdravstvenog sustava" za period do 2000 god. i dokument « Strateški plan za reformu sustava zdravstvene zaštite u F BiH» (do 2004 godine), a koji je pripremljen za Vladu i od iste usvojen 2000 godine. Federalno ministarstvo zdravstva je također bilo uključeno u izradi Razvojne strategije BiH-PRSP u kojoj je zdravstveni sektor prepoznat kao značaj segment u ekonomskom razvoju zemlje i borbe protiv siromaštva.

U svim navedenim dokumentima osnovno strateško opredjeljenje reforme u oblasti zdravstva je usmjerno na jačanje primarne zdravstvene zaštite orjentiranoj ka obitelji i zajednici, promociji zdravlja i liječenju oboljelih u obitelji i zajednici a koju podržava dogovarajući sistem specijalističko-konsultativne i bolničke zaštite.

4.2 Pregled najvažnijih aktivnosti kao podrška reformi PZZ

Sa završetkom rata angažirana su značajna donatorska i kreditna sredstva za obnovu ratom razrušenog zdravstvenog sektora, kao i opremanje zdravstvenih ustanova. U suradnji sa mnogobrojnim međunarodnim partnerima, vladinim i nevladinim organizacijama, koordinirani su projekti obnove i razvoja zdravstvenog sektora u Federaciji BiH.

Obzirom da je rat uzrokovao veliku mentalnu i fizičku traumu stanovništva pokreće se **Projekat "Rehabilitacija žrtava rata"** u okviru kojeg su službe za fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju smještene u zajednicu odnosno primarnu zdravstveni zaštitu. Tako je ovim projektom osposobljeno 38 centara za fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju (CBR). Ovaj Projekat je bio osnova za daljne aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja što je rezultiralo da danas Bosna i Hercegovina bude nosilac Projekta Pakta Stabilnosti za zemlje jugoistočne Europe u "Projektu kohezije kroz razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici u Jugoistočnoj Europi". Isti koncept se primjenjuje na fizikalnu rehabilitaciju.

Projektom **"Osnovne bolničke službe"** kao i **Grantovima Vlade Japana (I,II,III faza)** izvršena je obnova i unapređena medicinske opreme u bolnicama i domovima zdravlja s ciljem unapređenja kvaliteta dijagnostičke, laboratorijske i urgentne djelatnosti.

U skladu s reformskim opredjeljenjima kroz projekte "Osnovno zdravstvo"(SB), Queen s Univerziteta iz Kanade, FAMI (DEZA), Project Hope SZO -e, UNICEF-a i drugih donatora date su osnove razvoju obiteljske medicine s posebnim naglaskom na edukaciju liječnika i medicinskih sestara iz ove oblasti, budući da je primjena novoga koncepta nemoguća bez promjena u oblasti obrazovanja. Tako su izvršene promjene u dodiplomskom obrazovanju liječnika uvođenjem tri katedre za obiteljsku medicinu na svim medicinskim fakultetima u Federaciji BiH, te uvedena specijalizacija obiteljske medicine u program specijalizacija, kao i jedinstven kurikulum za dotrening liječnika i sestara iz obiteljske medicine.

Pilotiranje modela obiteljske medicine započelo je u Tuzlanskom, Hercegovačko-Neretvanskom i Zapadno-Hercegovačkom kantonu. Istovremeno, slične inicijative pokreće kanton Sarajevo, a zatim se obiteljska medicina "širi" u Posvskom, Gornje-Podrinjskom i Zeničko-Dobojskom Kantonu, Srednje-Bosanskom. Procjenjuje se da je 20-30% teritorije Federacije BiH pokriveno timovima obiteljske medicine.

Federalno ministarstvo zdravstva je u sklopu cjelokupne reforme započelo aktivnosti na unapređenju uloge sestre i njene profesionalizacije, fragmentirano u nekoliko projekata. U suradnji sa ICRC (Međunarodni crveni križ), preveden je stručni materijal za sestinstvo-LEMON; George Brown College je sprovodio aktivnosti na promjeni plana i programa u srednjim medicinskim školama (1999-2001) a takođe je preveden i promoviran temeljni dokument na kojem se gradi i vrednuje zdravstvena njega "Međunarodna klasifikacija prakse zdravstvene njege" (ICNP). Svi ovi pojedinačni projekti iskazali su potrebu za izradom nastavnog plana i programa za edukaciju iz oblasti sestinstva, ali se nisu održali usljed nedostatka praćenja procesa, nedostatka kapaciteta, političke podrške i podrške donatora. Međutim, u posljednje vrijeme ministarstvo zdravstva prepoznaje potrebu za unapređenjem kvalitete prakse sestinstva i akušerstva/primaljstva dajući podršku u izradi Nacionalnog akcionog plana sestinstva i akušerstva/primaljstva, koji je jedinstven za cijelu BIH.

Jačanje menadžerskih vještina u zdravstvu, od izuzetne je važnosti u novoj organizaciji i funkcioniranju zdravstvenog sustava. U tu svrhu uspostavljen je Centar za zdravstveni menadžment u Zavodu za javno zdravstvo Federacije BiH, te pokrenuta edukacija zdravstvenih djelatnika različitih profila iz ove oblasti.

U svrhu **unapređenja kvaliteta u zdravstvu** utemeljena je Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH. Agencija će razvijati standarde kvaliteta u zdravstvu čime će se dobiti sigurne i kvalitetne zdravstvene usluge, a zdravstvene ustanove koje ih zadovoljavaju akreditacijsko priznanje.

Reforma u **oblasti javnoga zdravstva** također je od posebnog značaja i prioriteta gdje se od javno zdravstvenih djelatnika očekuje odgovorno učešće u kreiranju zdravstvene politike i cjelokupnog zdravstvenog sustava. Ovome doprinose uspostavljeni Zavodi za javno zdravstvo F BiH, kao i 10 županijskih zavoda za javno zdravstvo. Projekat Osnovno zdravstvo je omogućio institucionalno jačanje javnog zdravstva, prevashodno na federalnoj razini. Izrađen je Strateški i biznis plana Zavoda za javno zdravstvo F BiH, Strategija kontrole duhana i duhanskih prerađevina u F BiH (usvojena od Vlade Federacije BiH).

Bitan dio reforme zdravstvenog sustava odnosi se na promjene u oblasti financiranja. **Utemeljeno je 10 kantonalnih fondova za zdravstveno osiguranje** te Federalni Fond solidarnosti koji ima za cilj da osigura sredstva namjenjena za ostvarivanje prioritetnih programa zdravstvene zaštite za sve građane na teritoriji Federacije. U okviru projekta Osnovno zdravstvo jedna od komponenti se bavila reformom financiranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i testiranjem modela "per capita" ugovaranja u obiteljskoj medicini (piloti).

I pored nekoliko projekata koji su se bavili definiranjem paketa osnovnih prava, isti nije usvojen. Ovo je bitan nedostatak koji usporava proces reforme financiranja. zdravstvene zaštite, posebno primarne zdravstvene zaštite

4.3 Zakoni i podzakonski akti

U dosadašnjem periodu je usvojeno niz temeljnih zakona i pratećih podzakonskih akata koji reguliraju značajne oblasti u zdravstvu, kao što su npr: Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju ; Zakon o lijekovima, Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, Pravilnik o specijalizaciji iz obiteljske medicine, Pravilnik o dotreningu liječnika i sestara iz obiteljske medicine, Pravilnik o uvjetima glede prostora, opreme i medicinsko tehničke oprme za obavljanje privatne prakse u zdravstvenoj djelatnosti, Odluka o utvrđivanju prioritetnih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za F BiH i prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koje će se pružati osiguranim osobama na teritoriji F BiH, Odluka za utvrđivanje standarda i normativa iz obaveznog zdravstvenog osiguranja itd.

I pored postojeće legislative, podzakonski akti sporo prate reformske pravce, a ukazuje se potreba za donošenjem novih kao i prilagodba postojećih sa EU standardima.

4.4 Dosadašnja dostignuća

U vezi gore navedenog možemo reći da je Federacija Bosne i Hercegovine postigla vidljiv napredak u domenu poslijeratne rekonstrukcije svoje fizičke infrastrukture i opremanja što uključuje bolnice i druge zdravstvene ustanove, uz jaku podršku međunarodne zajednice. Značajan napredak je također postignut i u nizu drugih oblasti. Naprimjer, razvoj sistema primarne zdravstvene zaštite, koji se temelji na porodičnoj/obiteljskoj medicini posebno u oblasti edukacije liječnika i sestara obiteljske medicine. Taj sistem je uznapredovao u poređenju sa reformom sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Nadalje formiranjem Centra za zdravstveni menadžment i AKAZ-a dati su značajni temelji za poboljšanje menadžmenta u zdravstvu i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite.

5. KLJUČNA PITANJA U ZDRAVSTVENOM SEKTORU F BiH

Reforme zdravstvenog sektora u F BiH su za cilj imale povećanje setkorske učinkovitosti, jačanje finansijske održivosti i poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite. U okviru niza dokumenta SB i SZO identificiran je veći broj oblasti koje je potrebno uzeti u razmatranje kako bi se poboljšala učinkovitost, jednak pristup i kvalitet usluga. Reforma zdravstvenog sistema u F BiH je fokusirana na sljedeća ključna pitanja :

- Neujednačenost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.
- Neučinkovitost pružanja usluga;
- Ograničen institucionalni kapacitet i institucionalna fragmentacija
- Nedostatak finansijske održivosti

5.1.1 Neujednačen pristup zdravstvenoj zaštiti

Određeni broj građana još uvijek nije obuhvaćen zdravstvenim osiguranjem i pristupom zdravstvenim uslugama. Neujednačen pristup zdravstvenom osiguranju i zaštiti određenim dijelom je prouzrokovan visokom stopom nezaposlenosti i velikim nivom siive ekonomije. Nepostojanja prenosivosti prava iz zdravstvenog predstavlja dodatne probleme u smislu pristupa zdravstvenim uslugama. Ovaj problem takođe otežava i nejednaka fizička dostribucija zdravstvenih objekata koji su više skoncentrisani u urbanim sredinama za razliku od ruralnih

Riješavanje problema nejednakog pristupa predstavlja ključni prioritet vlade F BiH kako se bi smanjilo pitanje siromaštva i poboljšala socijalna kohezija.

5.1.2 Neučinkovitost pružanja usluga

Neučinkovito pružanje usluga predstavlja značajnu prepreku razvoju zdravstvenog sektora zbog:

- Neuravnoteženosti između primarnog, sekundarnog i tercijalnog nivou pružanja zdravstvenih usluga;
- Nedostakta materijala i opreme;
- Neujednačena primjena medicinskih smjernica zasnovanim na činjenicama
- Zdravstvenog sistema kojim dominiraju usko specijalizirani liječnici i u kojem ostali zdravstveni radnici nisu optimalno iskorišteni kako bi se poboljšao kvalitet i unaprijedila zdravstvena učinkovitost;
- Fragmentiranosti funkcije prvog kontakta sa pacijentom i ograničena koordinacija i nadgledanje svih aspekata zdravstvene zaštite pacijenata (gatekeeping).
- Neadekvatna pažnja kontinuitetu u pružanju zdravstvene zaštite.

5.1.3 Ograničen institucionalni kapacitet

Prerana decentralizacija u BiH dovela je do prevelike fragmentacije zdravstvenog sistema sa dupliciranjem usluga, neodgovarajućih troškova u odnosu na jedinicu proizvoda, odnosno pružene usluge, te postojanjem neadekvatnog udruživanja rizika.

5.1.4 Nedostatak finansijske održivosti

Trenutna organizacija i finansiranje zdravstvenog sektora nije u mogućnosti da se nosi sa dodatnim teretom koji predstavljaju oboljenja i potreba koje proizilaze iz sljedećeg: prenosivih (posebice HIV/AIDS, seksualno prenosivih bolesti i TBC-a) i neprenosivih bolesti kao što su mentalno zdravlje, kronične nezarazne bolesti prouzrokovanih rapidnim starenjem stanovništva; povećane potrošnje alkohola i duhanskih proizvoda; kao i saobraćajnih nesreća.

Finansijska održivost zdravstvenog sektora predstavlja zabrinjavajuću oblast zbog visokih troškova koji se pripisuju:

- Neočinkovitoj raspodjeli sredstava koje prouzrokuje prenapregnuta i fragmentirana mreža davalaca zdravstvenih usluga;
- Sistema plaćanja davalaca usluga koji nije u stanju pružiti poticaje za poboljšanje učinkovitosti i konsolidaciju na nivou davalaca usluga.

Sva gore navedena ključna pitanja imaju uticaj i na primarnu zdravstvenu zaštitu koja je više usmjerena ka selektivnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti a koja je karakterizirana fragmentacijom zdravstvenih usluga, različitom dostupnošću zdravstvene zaštite uz nedostatak kontinuiteta zaštite i preventivno promotivno aktivnosti. Fokusirana je više ka medicinskim intervencijama uz hiperprodukciju uskospecijaliziranih liječnika uz nedostatak i uključivanje lokalne zajednice i pacijenata u procesu odlučivanja kao i drugih sektora. Pri tome je evidentan nedostatak upravljačkih vještina zdravstvenih profesionalaca na svim nivoima zdravstvene zaštite

Sve gore navedeno ukazuje na potrebu jačanja primarne zdravstvene zaštite i njene transformacije ka sveobuhvatnoj i integriranoj zdravstvenoj zaštiti naših građana.

6. OSNOVNA POLAZIŠTA I NAČELA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Polazište za strategiju primarne zdravstvene zaštite u F BiH bazira se na nekoliko značajnih dokumenata kao što je Deklaracija iz Alma Ate 1978 (SZO i UNICEF), Povelja iz Ottawa 1986 ((SZO), Ljubljanska povelja 1996 (SZO) i Minhenska deklaracija-Sestre i akušerke snaga za zdravlje, 2000 (SZO)

Strategija Primarne zdravstvene zaštite će se se voditi s pet osnovnih principa prihvaćenim od strane SZO a to su :

- Pravičnost u distribuciji sredstava za zdravlje i zdravstenu zaštitu
- Univerzalana pokrivenost sa osnovnim preventivnim i kurativnim uslugama koje promoviraju zdravlje i preveniraju ili kontroliraju bolest
- Multisektorski pristup koji uvažava značaj edukacije, ishrane , sanitacije i drugih faktora okoliša, kao i ulogu statusa žena i globalnog socioekonomskog razvoja u zdravlju i bolesti
- Uključivanje zajednice u zdravstvene aktivnosti
- Promocija zdravlja (Braveman 1994)

7. STRATEŠKI CILJEVI

Jedna od temeljnih odrednica reforme zdravstvenoga sustava u Federaciji Bosne i Hercegovine je u skladu sa Europskim trendovima jačanje i unapređenje primarne zdravstvene zaštite .Unaprijeđena primarna zdravstvena zaštita osiguraće da zdravstvene usluge na svim nivoima štite i promoviraju zdravlje, poboljšavaju kvalitetu života preveniraju i tretiraju bolest, rehabilitiraju pacijenta, te skrbe o onima koji pate i koji su terminalno bolesni .*Reforma* će jamčiti zajedničko odlučivanje i pacijenata i davaoca zdravstvene zaštite ,te promovirati sveobuhvatnost i kontinuitet zaštite

OPĆI CILJ

Poboljšanje zdravlja stanovništva i zadovoljstva korisnika usluga kroz univerzalnu , efikasnu, kontinuiranu , dostupnu , kvalitetnu i kostefektivnu (isplativa) primarnu zdravstvenu zaštitu orjentiranu ka obitelji i zajednici, i baziranoj na promociji zdravlja i prevenciji bolesti.

Ovaj opći cilj ostvarit će se kroz realizaciju sljedećih specifičnih ciljeva:

1. Uspostavljanje organizacionog modela u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji će osigurati smanjenje nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite i omogućiti kontinuitet zdravstvene zaštite sa drugim nivoima zdravstvenog sistema a prema potrebama lokalne zajednice

2. Unapređenje resursa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (kadar, prostor, oprema)
3. Uspostavljanje financijski održive primarne zdravstvene zaštite kako bi se omogućilo efikasno i pravično financiranje usluga PZZ u kontekstu reforme zdravstvenog finansiranja i u okviru raspoloživih sredstava
4. Uspostavljanje neophodnih regulatornih mehanizama kao i raspoloživost informacija za proces odlučivanja na najvišem nivou kako bi sistem primarne zdravstvene zaštite bio u stanju proizvesti željene rezultate
5. Unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite uvođenjem suvremenih procedura temeljenih na optimalnim standardima zasnovanim na znanstvenim dokazima. koji će se postići stalnim poboljšanjem kvalitete usluga
6. Racionalna i efikasna upotreba farmaceutskih proizvoda u primarnoj zdravstvenoj Zaštiti
7. Uključivanje lokalne zajednice u brizi za zdravlje i prepoznavanju i/ili otklanjanju faktora iz lokalne zajednice koje utječu na zdravlje stanovništva.
8. Poboljšanje sistema monitoringa i evaluacije PZZ
9. Podizanje svijesti o beneficijama reforme PZZ za sve aktere

Cilj 1

USPOSTAVLJANJE ORGANIZACIONOG MODELA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI KOJI ĆE OSIGURATI SMANJENJE NEJEDNAKOSTI U DOSTUPNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I OMOGUĆITI KONTINUITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE SA DRUGIM NIVOIMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA A PREMA POTREBAMA LOKALNE ZAJEDNICE

Ovaj cilj će se postići kroz sljedeće aktivnosti:

- reorganizacijom postojećih službi unutar doma zdravlja
- definisanjem usluga koje će se pružati u PZZ
- unapređenje referalnih odnosa unutar PZZ i između PZZ sa višim nivoima zdravstvene zaštite (a što će biti regulirano posebnim Pravilnikom)
- unapređenjem procesa rada korišćenjem protokola i vodilja zasnovanih na dokazima

Reorganizacija primarne zdravstvene zaštite se treba obavljati paralelno i uz koordinirane napore u smislu reorganiziranja i poboljšanja specijalističko-konsultativne i bolničke zaštite i unapređenja kontinuuma zdravstvene zaštite, a u skladu sa cjelokupnom

reformom zdravstvenog sistema, kao i koordiniranom uspostavom novih mehanizama plaćanja i ugovaranja u PZZ

Organizacija primarne zdravstvene zaštite

Primarna zdravstvena zaštita će se pružati kroz timove obiteljske medicine i službe u zajednici . Službe u zajednici čine: službe za majku i dijete, centri za mentalno zdravlje, centri za fizikalnu rehabilitaciju, polivalentna zubozdravstvena zaštita, sestre u zajednici, laboratorij i rtg dijagnostika, hitna medicinska služba i druge službe u zajednici koje bi bile definirane na osnovu potreba stanovništva na osnovu mišljenja zavoda za javno zdravstvo i zavoda zdravstvenoga osiguranja .

DOM ZDRAVLJA

Dom zdravlja će u budućoj organizaciji imati značajnu ulogu , prije svega u praćenju implementacije financijskih ugovora potpisanih između fonda zdravstvenoga osiguranja i doma zdravlja , odnosno timova obiteljske medicine ili drugih službi PZZ. Osim što će vršiti praćenje implementacije ugovora sa financijskoga aspekta i na taj način smanjiti rizike Dom zdravlja će i izvještavati fond zdravstvenog osiguranja po propisanim obrascima.

Značajna funkcija doma zdravlja bi bila organiziranje i sprovođenje kontinuiranih edukacija , kao i održavanje i obezbjeđivanje uvjeta za rad službi primarne zdravstvene zaštite.Dom zdravlja će biti dužan za planiranje zdravstvenu zaštitu za područje koje pokriva kao i da zajedno sa službama PZZ obezbjedi dostupnost i kontinuitet usluga primarne zdravstvene zaštite Detaljnija funkcija doma zdravlja biće definirana legislativnim aktima.

TIM OBITELJSKE MEDICINE

Tim obiteljske medicine činemiminalno liječnik i obiteljska sestra . Liječnik može biti obiteljski liječnik ili specijalista obiteljske medicine .

Tim obiteljske medicine je u vezi sa ostalim službama u PZZ, lokalnom zajednicom, općinskim vlastima, zavodima za javno zdravstvo i drugim nivoima zdravstvene zaštite. Ova organizaciona struktura osigurava osnovu za registriranje stanovništva u skladu sa slobodom stanovnika za izborom obiteljskog liječnika. Svaki tim može registrirati najmanje 1.500 a najviše 2.500 stanovnika kako bi sa zavodom zdravstvenog osiguranja zaključili osnovni ugovor o pružanju usluga.

Uloga doktora medicine nakon završenog školovanja će biti definirana odgovarajućim aktima ,koji će mu omogućiti obavljanje prakse , do trenutka specijalizacije po njegovom izboru, odnosno potrebama sustava .

SLUŽBE U ZAJEDNICI

Rad ovih službi u zajednici(majka i dijete, fizikalna medicina,mentalno zdravlje , sestra u zajednici,stomatologija) se fokusira na lokalnu zajednicu kao cjelinu, kao i rad sa grupama i pojedincem. Time će one biti više uključene u procjenu potreba stanovništva u pogledu zdravstvene njege na kućnom nivou i pružanju podrške članovima obitelji. One će pružati usluge cjelokupnom stanovništvu u zajednici od rođenja do smrti (promocija, prevencija, kurativa i rehabilitacija).Ova služba bi trebala biti spona između zdravstvenog sektora, i ostalih sektora društva na nivou lokalne zajednice.Ovako organizirana primarna zdravstvena zaštita stavljat će naglasak na timski rad , a ne na pojedinca **Pri službama u zajednici mogu se organizirati savjetovišta kao što su savjetovišta za trudnice, dojilje i roditeljstvo pri centru za majku i dijete .**

Centar za majku i dijete

Kroz ovaj centar pružat će se zdravstvena zaštita ženama, trudnicama , majkama i djeci.

Djeca do 14 godina imat će mogućnost izbora liječenja između tima obiteljske medicine i službe za majku i dijete čime je omogućiti slobodan izbor liječnika od strane pacijenta. Pri centru za majku i dijete mogu se organizirati savjetovišta za trudnice, dojilje i roditeljstvo ,kao i druga savjetovišta . U mjestima u kojima nema službe za majku i dijete (pedijatra i ginekologa) usluge će se pružati kroz timove obiteljske medicine i na taj način će se ostvarivati zdravstvena zaštita žena , trudnica, majki i djece.

Centar za mentalno zdravlje u zajednici

Centar za mentalno zdravlje kroz svoju djelatnost osigurava promociju i prevenciju mentalnog zdravlja i mentalnu rehabilitaciju oboljelih u zajednici. Osnovni princip rada je multidisciplinarni timski rad, koje obavlja psihijatar, klinički psiholog, medicinska sestra, okupacioni terapeut i socijalni radnik

Centar za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u zajednici

Centar za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju osigurava promociju zdravlja, prevenciju invaliditeta i rehabilitaciju, te brigu i pomoc onesposobljenim. Djelatnost se osigurava kroz rehabilitaciju u zajednici. Osnovni princip rada je usmjeren ka cjelokupnoj i sveobuhvatnoj rehabilitaciji pojedinca unutar zajednice i uz pomoc svih raspolozivih ljudskih i materijalnih resursa.

Sestre u zajednici

Rad medicinske sestre u zajednici će se fokusirati na lokalnu zajednicu na određenom geografskom području te će biti uključene u procjenu potreba stanovništva u pogledu zdravstvene njege na kućnom nivou i pružanju podrške članovima obitelji. One će pružati usluge cjelokupnom stanovništvu, grupama i pojedincima u zajednici od rođenja do smrti (promocija, prevencija, kurativa i rehabilitacija).Ova služba će biti ključna veza sa ostalim službama u PZZ, posebno s timovima obiteljske medicine osiguravajući kontinuitet zdravstvene njege (zdravstvena njega bez šavova) te spona između zdravstvenog sektora, i ostalih sektora društva na nivou lokalne zajednice.

Stomatološka služba

Zubozdravstvenu zaštitu primarnog nivoa čini služba opće stomatologije koja će na osnovu procjene potreba stanovništva u lokalnoj zajednici pružati konzervativne, male hirurške i osnovne protetske zahvate odrasloj populaciji, te sprovoditi specifične promotivno preventivne programe (npr usmjerene na trudnice i dojilje, prevenciju sve učestalijih paradontalnih oboljenja)

Primarnoj zubozdravstvenoj zaštiti pored opće stomatologije pripada i dječja i preventivna stomatologija čije će se osnovne aktivnosti fokusirati na preventivno promotivni rad i prevenciju dentooralnih bolesti djece i omladine.

Dijagnostičke službe

Dijagnostičke službe kao što su RTG dijagnostika, ultrazvučna i laboratorijska dijagnostika u okviru doma zdravlja pružat će usluge za sve službe u PZZ. U područnim ambulantama obiteljske medicine moći će se obavljati neke orjentacione laboratorijske usluge koj će se regulirati odgovarajućim zakonskim aktima i ugovorom.

Hitna medicinska pomoć

Hitna medicinska pomoć će se pružati kroz zavode za hitnu medicinsku pomoć tamo gdje postoje.

U ostalim mjestima hitna medicinska pomoć bi se organizirala putem službi hitne medicinske pomoći u sklopu doma zdravlja.

U područjima gdje ne postoje uvjeti za organiziranjem hitne medicinske pomoći, zdravstvena zaštita će se organizirati putem 24 časovnog dežurstva uposlenih u domu zdravlja radi kontinuiteta zdravstvene zaštite .

Savjetovalištva

U sklopu doma zdravlja biće organizirana savjetovališta. Savjetovališta mogu biti organizirana u sklopu postojećih službi ili mogu biti izdvojena kao posebna služba .Savjetovališta će služiti vulnerabilnim grupama , sa posebnim naglaskom na mlade i starije osobe ali i na trudnice i sve druge koji imaju potrebu za savjetom.

NOVO ULOGA MEDICINE RADA I ŠKOLSKE MEDICINE

Medicina rada

Postojeće službe medicine rada će se organizovati kao specijalističko-konsultativne ambulante ili kao sastavni dio zavoda za specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika (medicinu rada) a koji će se baviti specifičnom zdravstvenom zaštitom radnika, zaštitom na radu, dijagnostikom, liječenjem, prevencijom profesionalnih oboljenja i povreda na radu.

Školska medicina

Školsku djecu preuzet će timovi obiteljske medicine, a zdravstvena zaštita školske djece i studenata za vrijeme školovanja i studiranja uredit će se posebnim aktom ministarstva zdravstva i zavoda za zdravstveno osiguranje jedinstveno za FBiH.

Djelatnici ove službe će se integrirati u nove službe u zajednici, javnozdravstvenu službu ili u savjetovališta, gdje će se baviti savjetodavnim poslovima kao naprimjer, pitanjima zdravlja mladih mladih.

SPECIJALISTIČKO KONSULTATIVNE SLUŽBE

Postojeće specijalističko konsultativne službe u domovima zdravlja organizirati će se kao samostalne službe, ili kao specijalističko konsultativne službe pri bolnicama.

TOM odlučuje i bira u ime opredjeljenih građana konsultanta –specijalistu od kojeg će dobiti potrebnu konsultantsku uslugu. Takođe će liječnici obiteljske medicine surađivati sa višim nivoima zdravstvene zaštite u cilju osiguranja adekvatnog smještaja i tretmana i bolnicama.

Higijensko epidemiološka služba

Higijensko epidemiološka služba organizaciono će pripasti zavodima za javno zdravstvo ali službe mogu fizički ostati u objektima domova zdravlja. U narednom periodu bi usluge ovih službi trebalo unaprijediti sa javno-zdravstvenim uslugama, sukladno potrebama lokalne zajednice, a što je u kontekstu «novoga javnog zdravstva» i njegovog približavanja lokalnoj zajednici.

ODNOSI UNUTAR PZZ I PREMA DRUGIM NIVOIMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Paketom osnovnih prava definirati će se vrsta i broj usluga koji će korisnici moći koristiti u službama primarnog nivoa kao i usluge koje će korisnici moći koristiti bez predhodnog kontakta sa timom obiteljske medicine, uz obavezu da se ovim uslugama informira tim obiteljske medicine kod kojega je registriran. Time će TOM dobiti ulogu ulogu “parcijalnog gatekipera” unutar primarne zdravstvene zaštite

Odnosi unutar primarne zdravstvene zaštite, veze sa specijalističko-konsultativnim službama, bolnicama kao i «kretanje» pacijenta regulirat će se protokolima, vodiljama i posebnim odgovarajućim aktima. Ovo će omogućiti bolju transparentnost informacija i uvida u medicinsku dokumentaciju radi kontinuiranog praćenja pacijenta, kako od strane timova obiteljske medicine tako i drugih službi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U ovom slučaju TOM ima ulogu gatekipera prema višim nivoima zdravstvene zaštite, osim

u hitnim slučajevima i slučajevima kada se radi o dijetetu koje je registrirano kod pedijatra . .

Kadar prostor i oprema službi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti definirati će se standardima i normativima PZZ .

Cilj 2

UNAPREĐENJE RESURSA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI (KADAR,PROSTOR,OPREMA)

2.1 Razvoj ljudskih resursa

Ovaj cilj će se postići kroz izradu sveobuhvatne Strategije za razvoj ljudske resurse kako bi se model primarne zdravstvene zaštite fokusiran na obiteljsku medicinu i službe primarnog nivoa učinio održivim, : Strategijom za ljudske resurse također se treba utvrditi broj medicinskih sestara, specijalista, sestara u zajednici i terapeuta/srodnih zdravstvenih radnika koji su potrebni za širenje modela porodične/obiteljske medicine, utvrditi gdje se i kako ovi zdravstveni radnici trebaju educirati, te definirati i dugoročne strategije i kratkoročne mjere koje su u skladu sa implementacijom ovih ciljeva. U strategiji se trebaju dati troškovi opcija za rješavanje problema viška radnika u zdravstvenom sistemu.

Primarna zdravstvena zaštita na predstavlja reorijentaciju procesa rada, tako da će i proces obrazovanja zdravstvenih radnika biti izmjenjen.Edukacija djelatnika PZZ treba ici u pravcu povećanja znanja, sposobnosti i vjestina o promociji zdravlja, prevenciji bolesti i unapredjenju procesa rada. Imperativ je stavljati obitelj i obiteljsko zdravlje u fokus pažnje i pruzati takvu formu zdravstvene zastite koja ce istovremeno osigurati aktivno zdravlje i pomoci u osiguranju socijalne zastite korisnika. Pažnju posebnu potrebno je posvetiti obuci iz zdravstvenog menadžmenta s ciljem unapređenja upravljačkih vještina zdravstvenih profesionalaca

Kao preduvjet kvalitetnoj edukaciji biće razvijana mreža edukativnih centara porodične medicine koji su akreditirani kao centri za obuku,'povezani sa univerzitetima' i koji pružaju dodiplomsku i postdiplomsku obuku iz obiteljske medicine

Posebnu pažnju treba posvetiti sprovođenje aktivnosti iz Nacionalnog akcinog plana za sestrinstvo s ciljem redefinisanja ulege medicinske sestre-akušerke sa posebnim fokusom na PZZ

2.2.Osiguranje adekvatnih prostornih kapaciteta sa odgovarajućom opremom

Za navedeni model primarne zdravstvene zaštite, neophodno je osigurati prostorne kapacitete sa odgovarajućom opremom. U skladu sa izradjenom mrežom ustanova primarne zdravstvene zaštite, pojedini prostorni kapaciteti će se u potpunosti izgraditi, a drugi će obuhvatiti limitirane građevinske radove na osnovu racionalnih potreba.

Što se tiče medicinske opreme, neophodno je osigurati sistematski pristup u opremanju zdravstvenih ustanova u skladu sa standardima .

U ovom segmentu posebno važnu ulogu mi mogle odigrati općine i lokalna uprava koja bi osigurala kofinansiranja za infrastrukturu, kapitalne troškove i troškove unajmljivanja prostorija za smještaj ambulanti obiteljske medicine , službi u zajednici ili dijagnostike

Cilj 3

USPOSTAVLJANJE FINACIJSKI ODRŽIVE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE KAKO BI SE OMOGUĆILO EFIKASNO I PRAVIČNO FINANCIRANJE USLUGA PZZ U KONTEKSTU REFORME ZDRAVSTVENOG FINANSIRANJA I U OKVIRU RASPOLOŽIVIH SREDSTAVA

Reforma PZZ treba se bazirati na solidnom financiranju s ciljem da se stanovništvo zaštiti od velikih troškova, osigura transfer od bogatih prema siromašnima i od zdravih prema bolesnima i zagantira pristup onima koji imaju potrebu za nužnim, osobnim uslugama. U okviru cjelokupne reforme financiranja zdravstva, posebno će fokus imati :

- Način na koji se prikupljaju finacijska sredstva (mobilizacija sredstava)
- Način na koji se vrši uduživanje rizika i resursa kako bi se osigurala ekonomija obima i međusobno subvencioniranje od nisko rizičnih prema visokorizičnih grupama
- Način na koji se resursi alociraju uključujući i metode kupovine usluga i plaćanja osoblja i institucija

Realiziranje ovog cilja zahtjeva sljedeće aktivnosti

- Povećanje obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranjem, unapređenje evidencije i kontrole doprinosa
- Dalje jačanje razvoja sistema Federalne solidarnosti s ciljem povećanja udruživanja rizika i smanjenja regionale/kantonale nejednakosti u raspoloživosti resursa.
- Poboljšanje transparentnosti javne odgovornosti u transferu doprinosa za zdravstveno osiguranje
- Nova uloga oćine u sufinansiranju usluga iz domena PZZ sukladno lokalnim prioritnim potrebama (vidi cilj 6)
- Uvođenje novih mehanizama plaćanja i ugovorni pristup u PZZ

- Definiranje i usvajanje osnovnog i dodatnih paketa prava (vidi cilj 4)

Prve tri aktivnosti realizirat će se kroz preporuke u okviru SITAP projekta

Uvođenje novih mehanizama plaćanja i ugovorni pristup u PZZ

Obzirom da plaćanje trenutno nije povezano sa učinkom i ne postoje finansijski poticaji neophodno je uspostaviti novi sistem plaćanja PZZ, a koji podrazumjeva sljedeće:

Za TOMove uvesti pojednostavljeni sistem kapitacijskog plaćanja zasnovan na učinku i stimulaciji kojim bi se unaprijedio kvalitet uluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Na primjer, mogla bi se uvesti dodatna, ili bonus plaćanja za one davaoce primarne zdravstvene zaštite koji zadovoljavaju odgovarajuće kriterijume kvalitete i koji su akreditirani. Određena sredstva se mogu isplaćivati davaocima koji dostignu ciljeve kvalitete ili unaprijede efikasnost, a postoji mogućnost uvođenja plaćanja naknada za usluge promocije zdravlja.

Davaocima koji demonstriraju kompetenciju u pružanju primarne zdravstvene zaštite može se omogućiti obavljanje određenih vanbolničkih-konsultativno specijalističkih usluga uz nadzor bolnice koju odredi ministar zdravstva.

Zavod zdravstvenog osiguranja, ugovarat će usluge zdravstvene zaštite, na osnovu programa sa službama u PZZ, službama u zajednici i dijagnostičim službama. Na programe zdravstvene zaštite, koji će biti predmet ugovaranja, predhodno mišljenje daje zavod za javno zdravstvo i ministarstvo zdravstva.

Zavod zdravstvenog osiguranja i zavod za javno zdravstvo će sklopiti posebne ugovore o evaluaciji i monitoringu programa koji su predmet ugovaranja čime bi se obezbijedili podaci o efikasnosti, kvalitetu, zdravstvenim ishodima i finansijskoj održivosti.

Sa timovima obiteljske medicine, službama u zajednici, dijagnostike zaključivat će se ugovori. Ugovori će se zaključivati u skladu sa definiranim kriterijima. Kriteriji za ugovaranje za određene nivoe u PZZ će se definisati jedinstveno posebnim aktom Ministarstva zdravstva. Ugovori će se sklapati posredstvom Doma zdravlja koji će imati ulogu da vrši monitoring nad potrošnjom sredstava u PZZ i tako da smanji finansijske rizike. DZ će ujedno morati izvještavati fond zdravstvenog osiguranja propisanim obrascima.

U postupku ugovaranja ključne odrednice su opredijeljeno i registrovano stanovništvo, fleksibilnost sa za uvažavanje prostorne udaljenosti te mogućnost pregovaranja.

Osnovni i dodatni paket prava-usluga donosi nadležno zakonodavno tijelo na usaglašeni prijedlog ZZO, ZZJ i ministarstvo zdravstva.

Osiguranim licima se obezbjeđuje pravo na osnovni i dodatni paket prava-usluga na primjer: tretiranje hroničnih bolesti u skladu sa smjernicama zasnovanim na činjenicama i druga prava

Ključni problem koji se mora riješiti predstavlja pitanje neosiguranih lica. Zakon treba jasno utvrditi obim prava koja se obezbjeđuju svim građanima, kao set esencijalnih usluga na koje svi građani imaju pravo tako bi imali paket osnovnih usluga koji bi se saszojao od esencijalnih usluga

Novi aranžmani i efektivnije financiranje PZZ nije moguće bez prethodno definiranog paketa osnovni prava (vidi cilj 4)

Cilj 4

USPOSTAVLJANJE NEOPHODNIH REGULATORNIH MEHANIZAMA KAO I RASPOLOŽIVOST INFORMACIJA ZA PROCES ODLUČIVANJA NA NAJVIŠEM NIVOU KAKO BI SISTEM PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE BIO U STANJU PROIZVESTI ŽELJENE REZULTATE

4.1 Regulatorni mehanizami

Nova organizacijska struktura primarne zdravstvene zaštite zahtjeva revidiranje postojećih zakona i donošenje novih zakona i legislativa o zdravstvenoj zaštiti i osiguranju, kao i drugih akata kao koje se odnose na oblasti edukacije ,akreditacije standarizacije i kvalitete

Za realizaciju navedenoga biće neophodno :

- Revidiranje podzakonskih akata koji se odnose na edukaciju zdravstvenih djelatnika, njihovo akreditiranje, certificiranje, kao i oblast u zdravstvenom menadžmentu
- Uspostavljanje pravnog okvira koji će regulirati pitanja vezana za zaključivanje ugovora, proces ugovaranja, sprovođenje i monitoring, žalbene procedure, prekidanje ugovora. Ugovori neće biti automatski već se isti zaključivati u skladu sa definiranim kriterijumima.
- Sukladno novim potrebama izraditi nove standarde i normative koji moraju pratiti razvoj suvremene medicine i europskih standarda, a koji se odnose na sve službe PZZ, s posebnim osvrtom na definiranje uloge i usluga tima obiteljske medicine.
- Donošenje i usvajanje osnovnog i dodatnog paketa prava

Ključni problem koji se mora riješiti predstavlja pitanje neosiguranih lica koji nemaju pravo na zdravstvene usluge. Zakon treba jasno utvrditi obim prava koja se obezbjeđuju svim građanima, kao set esencijalnih usluga na koje svi građani imaju pravo.

Paket dodatnih usluga primarne zdravstvene zaštite nadovezuje se na esencijalne usluge koje s pružaju u okviru osnovnog paketa i proširuje djelokrug pružanja usluga. Donošenje dodatnog paketa prava-usluga koji će se obezbjeđivati samo osiguranim licima

4.2 Razvoj i implementacija informacionog sistema

Od suštinskog je značaja započeti koordinaciju obrade informacija sa raznih nivoa (geografskih i funkcionalnih) da bi se izgradila baza znanja od koristi za kreiranje politike i donošenje odluka.

Ovo zahtjeva novu ulogu zavoda/instituta za javno zdravstvo u odnosu na funkciju monitoringa i evaluacije novog modela primarne zdravstvene zaštite nakon proširenja. Ključna uloga zavoda/instituta za javno zdravstvo mogla bi se odnositi na prikupljanje i analizu podataka, te distribuciju svih potrebnih informacija odgovarajućim organizacijama.

Ali proces može otpočeti bez moderne informacijske opreme: međunarodno iskustvo pokazuje da su glavni potrebni elementi kao prvo osoblje sa analitičkim sposobnostima i kao drugo vještine komunikacije kako bi se na razne aktere mogle prenijeti raspoložive informacije kao i jasna vizija zdravstvene politike.

U cilju sprovedbe ovog cilja potrebno je razviti strategiju razvoja informacijskog sistema. Postoji već izrađen softver za timove obiteljske medicine koji je testiran u pilot regijama i bit će osnov za daljni razvoj informacijskog sistema u PZZ. Informatizacija u PZZ omogućit će lakše i brže zakazivanje pregleda, vođenje evidencije opredjeljenih stanovnika, praćenje planiranih aktivnosti, izvještavanje prema nadležnim institucijama itd. Da bi se ovaj cilj ostvario potrebno je opremiti službe u PZZ potrebnim hardverom i komunikacijskom opremom.

Cilj 5

UNAPREĐENJE KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE UVOĐENJEM SUVREMENIH PROCEDURA TEMELJENIH NA OPTIMALNIM STANDARDIMA ZASNOVANIM NA ZNANSTVENIM DOKAZIMA KOJI ĆE SE POSTIĆI STALNIM POBOLJŠANJEM KVALITETE USLUGA

Licenciranje i akreditiranje davalaca primarnih zdravstvenih usluga i timova obiteljske medicine predstavljat će kritičnu komponentu koja za cilj ima osiguravanje kvalitete rada

Da bi se osigurale usluge visokog kvaliteta neophodna je izrada dodatnih vodiča za kliničku praksu u PZZ, zasnovanih na dokazima koji će doprinjeti unaprijeđenju kvaliteta zdravstvene zaštite.

Službe koje budu licencirane biće motivirane tako što će se kroz mehanizme plaćanja uključiti i stimulacije za upotrebu vodiča za kliničku praksu , kao i vodiča za promociju zdravlja i prevenciju bolesti.

Kod licenciranja i akreditiranja će se se utvrditi i kriterijumi koje će ohrabriti i specijaliste iz drugih oblasti medicine da se prekvalificiraju i potom akreditiraju za obiteljsku medicinu. Navedeni kriteriji će morati pokriti i oblasti zdravstvenog menadžmenta, kako bi se ove kvalifikacije i akreditiranje bili priznati. Potrebno je razviti i dvosmjene karijere kojim će se zdravstveni radnici ohrabriti da sa kliničkih prelaze na upravljačke pozicije.

Posebna pozornost će se dati dobroj apotekarskoj praksi i racionalnom propisivanju lijekova , kako

U svrhu unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga ključnu ulogu će imati Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH kao i jedinica za praćenje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite koje bi bile razvijene na nivou zdravstvenih ustanova .

Cilj 6

RACIONALNA I EFIKASNA UPOTREBA FARMACETSKIH PROIZVODA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Primarna zdravstvena zaštita mora u svakom mjestu biti u tijesnoj korelaciji sa lokalnom ili regionalnom apotekarskom službom, u kojoj se, zapravo, u većini slučajeva i zaokružuje ukupna zdravstvena usluga korisnicima.

Svako općinsko sjedište, bez obzira na trend porasta privatnih apoteka, mora imati bar jednu javnu apoteku, kojoj primarni cilj neće biti profit, već javno zdravstvena korist za stanovništvo.

Timovi obiteljske medicine i ostali subjekti ovlašteni i odgovorni za dobru propisivačku praksu , moraju se, zajedno sa apotekama koje su ogovorne za izdavanje lijekova, naći na zajedničkom zadatku: kako iz raspoloživih, uglavnom oskudnih, sredstava osigurati dostupnim osnovne lijekove, za najčešća oboljenja za većinu populacije.

Mjere racionalnog propisivanja i izdavanja lijekova čiji su efikasnost, kvalitet, sigurnost i ekonomičnost pouzdano dokazani moraju bit trajni interes i zadatak primarne zdravstvene zaštite, uključujući i apotekarsku službu. U tu svrhu je neophodna kontinuirana edukacija lekara i farmaceuta.

Obzirom da Dobra apotekarska praksa predviđa novu, složeniju ulogu apoteka u reformiranom zdravstvenom sistemu, istu treba što više afirmirati, a rad apoteka stalno unaprijeđivati zajedno sa ostalim segmentim primarne zdravstven zaštite.

Cilj 7

UKLJUČIVANJE LOKALNE ZAJEDNICE U BRIZI ZA ZDRAVLJE I PREPOZNAVANJU I/ILI OTKLANJANJU FAKTORA IZ LOKALNE ZAJEDNICE KOJE UTJEČU NA ZDRAVLJE STANOVNIŠTVA

Za planiranje zdravstvene zaštite osim što je bitno da znamo koja su obilježja stanovništva, strukturu populacije u lokalnoj zajednici, njeno zdravstveno stanje, starosne populacione grupe, bitno je znati kakav je uticaj lokalne zajednice na zdravlje stanovništva kao što je rad i zapošljavanje, socijalni status, okoliš, loše navike i rizična ponašanja. Stoga je potrebno iskoordinirati sve sektore u lokalnoj zajednici sa sektorom zdravstva-posebno primarnom zdravstvenom zaštitom (općinske službe, socijalne službe, obrazovanje, vodoopskrba, okoliš, razne asocijacije i udruženja)

Iz svega gore navedenog uloga općina kao i ostalih navedenih službi će se morati definirati u svjetlu novih organizacijskih struktura davalaca usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

- Općinama bi se trebalo omogućiti da financiraju zdravstvene usluge na nivou PZZ. Općine bi tako mogle postati finansijeri, čime bi se ojačala PZZ
- Općine moraju razviti i unaprijediti određeni broj funkcija koje podrazumjevaju:
 - podsticanje kvaliteta usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ;
 - kofinansiranje za neosigurane osobe;
 - osiguravanje kofinansiranja za infrastrukturu, kapitalne troškove i troškove unajmljivanja prostorija za smještaj službi PZZ;
 - funkcije kofinansiranja ljudskih resursa koje podupiru razvoj timova obiteljske medicine;
 - kofinansiranje službi sestara u zajednici i službi hitne medicinske pomoći
 - Omogućiti da se osnovne funkcije javnog zdravstva — adekvatna vodovodno-kanalizaciona infrastruktura i higijena — razvijaju i održavaju.
- Angažiranje građana i civilnog društva je od posebne važnosti za uspostavljanje izbalansiranog sistema njihovih prava, te na istovremeno podsticanja na bolje razumjevanje svojih obaveza i dužnosti. Ovakav vid uključivanja građana i civilnog društva će se osigurati kroz općinske zdravstvene savjete ili vijeća, koja čine predstavnici općinske PZZ i građani, razne volonterske grupe i udruženja pacijenata.
- Uključivanje lokalne zajednice u definisanju prioriteta u razvoju PZZ na lokalnom području sukladno potrebama lokalne zajednice

Cilj 8

POBOLJŠANJE SISTEMA MONITORINGA I EVALUACIJE PZZ

Za poboljšanje sistema monitoringa i evaluacije potrebno je ojačati postojeće mehanizme, za korišćenje informacija dobijenih iz sistema monitoringa i evaluacije, kako bi se ojačao proces argumentiranog donošenja odluka. Za bolji monitoring i evaluaciju performansi sistema PZZ neophodno je definirati indikatore

Poboljšanjem sistema monitoringa i evaluacije omogućit će donošenje argumentiranih odluka koje će doprinijeti , efikasnoj i dostupnijoj PZZ .

Cilj 9

PODIZANJE SVIJEŠTI O BENEFICIJAMA REFORME PZZ ZA SVE AKTERE

Kako bi implementacija strateških ciljeva bila što uspješnija, neophodno je podizanje svijesti o beneficijama i značaju reforme primarne zdravstvene zaštite za uspostavu efektivnog, efikasnog, kvalitetnog dostupnog zdravstvenog sistema.

Ovaj cilje se realizirati:

- Izradom i sprovedbom plana komunikacije usmjerenog na političare i kretore politika, profesionalce, profesionalna udruženja
- Izraditi i sprovesti program zagovaranja u medijima na svim nivoima države/entiteta

Na kraju, nijedna gore navedena aktivnost se neće provesti ako se ne uradi odgovarajuće operativno planiranje. Takve operativne planove će utvrditi svaka grupa zadužena za 8 ciljeva, uključujući i detaljne produkte razvojnog procesa (*'deliverables'*), dodjelu zadataka, mehanizme za praćenje, budžet i hronograme za svaku aktivnost. Ministarstva zdravstva/zdravlja moraju osigurati da je sve urađeno kako treba, uz podršku međunarodne zajednice.

6. AKTERI REFORME

Iako postoji mogućnost prevelikog pojednostavljenja, glavni akteri reforme primarne zdravstvene zaštite su Skupštine Drzave, entiteta, kantona, Općine, Ministarstvo zdravstva , ,Zavodi za javno zdravstvo , fondovi zdravstvenoga osiguranja , Sindikati , ,Pacijenti Zdravstveni djelatnici , Profesionalna udruženja ,Mediji (uključujući novine, TV, radio, itd.), Međunarodna zajednica ,

Postoji hitna potreba za pravljenje političke analize (political analysis) i utvrđivanjem mobilizaciju svih aktera reforme na implementaciji programa rada za cijeli sektor koji će

se odnositi na implementaciju reformskih mjera, bolju alokaciju raspoloživih resursa i usavršavanje sistema i procedura menadžmenta.

Reforma primarne zdravstvene zaštite ne može se provesti bez cjelovite i dugoročne vizije cjelokupnog zdravstvenog sektora. U ovoj fazi je prioritet potrebno dati sljedećem:

razvoju zajedničkog razumijevanja situacije putem uspostave zajedničkog sistema monitoringa i evaluacije, i

angažmanu velikog broja glavnih aktera koji će raditi na poboljšanju zdravstva kroz dijalog o sektorskim strategijama i načinima na koje je moguće bolje uspostaviti prioritete i alocirati postojeće resurse.

Realizacija svake strategije može biti teža nego što se to očekivalo. Stoga je bitno voditi računa o tome da su planovi za neočekivane situacije utvrđeni kako bi se mogli rješavati potencijalni problemi u toku same realizacije strategije.

¹ Aiken KH, Lewis CE, Craig J, Mendenhall RC, Blendon RJ, Rogers DE. The contribution of specialist to the delivery of primary care: a new perspective. *N Eng J Med* 1979; 300: 1363-1370.

¹ Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin L, Chan L, Schneeweiss R. The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? *JAMA* 1998; 279: 1364-1370.

¹ Orton P., Shared care. *Lancet*. 344; 1413-1415. 1994

¹ Hughes J, Gordon P. Hospitals and primary care-breaking the boundaries. London: King's Fund Centre, 1993.

¹ Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *Brit Med J.*: 310;6;1995.

¹ Op cit.

¹ Walsh, J., A., Warren, K., S. Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine* 1979; Vol 301: 967-974.

¹ Walsh, J., A., Warren, K., S. Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *Social Science and Medicine* 1980; 14: 145-163.

¹ World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York, Oxford University Press for the World Bank, 1993

¹ Unger J.P., Killingsworth J. R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine* 1986; 22: 1001-1013.

¹ Gish, O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science and Medicine* 1982; 16: 1049-1053.

¹ Eddy, D. M. What Care Is Essential? What Services Are Basic? *JAMA* 1991; 265: 786-788.

¹ Banerji D. Primary Health Care: selective or comprehensive? *World Health Forum* 1984; 5: 312-315.

¹ Rifkin S. B., Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Social Science and Medicine* 1986; 23: 559-566.

¹ Sen, K., Koivusalo, M. Health Care Reforms in Developing Countries. *International Journal of Health Planning and Management* 1988; 13: 199-215.

¹ Berman P. A. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine* 1982; 16: 1054-1094

¹ Segal M. Primary Health Care is viable. *International Journal of Health Planning and Management* 1987; 2: 281-291.

¹ Klein R. *The new politics of the NHS*. London. Longman, 1995

¹ Starfield B., *Primary Care. Concept, Evaluation and Policy*. New York. Oxford University Press, 1993

¹ Starfield B. Primary Care. *Journal of Ambulatory Care Management*. 16:27-37; 1993.

¹ Gray DP. *Planning Primary Care. A discussion document. Occasional Paper 57: The Royal College of General Practitioners*; London, 1992.

¹ Hasler JC. *The primary health care team. John Fry Trust Fellowship*. London: Royal Society of Medicine Press. London. 1994.

¹ Van weel C. Teamwork. *Primary Care tomorrow. Lancet*. 344:1276-1279; 1994.

Dodatak 1

DEFINIRANJE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Specijalističke usluge se definiraju kao usluge koje pružaju usko specijalizirani ljekari i to bično u bolnicama ili stacionarima, za razliku od usluga koje se pružaju na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Definiranje primarne zdravstvene zaštite nije nimalo lak zadatak. Pokušaj da se dođe do definicije primarne zdravstvene zaštite u SAD-u je doveo do izrade ni manje ni više nego 92 definicije.¹ Također, definicije primarne zdravstvene zaštite u Europi razlikuju se od države do države.^{2 3} Definicije primarne zdravstvene zaštite mogu se gledati kroz prizmu koncepta, nivoa i sadržaja usluga, te procesa i pripadanja timovima.

Primarna zdravstvena zaštita kao koncept

U Deklaraciji iz Alma Ate, Svjetska zdravstvena organizacija je definirala primarnu zdravstvenu zaštitu kao 'esencijalnu zdravstvenu zaštitu zasnovanu na praktično i znanstveno odgovarajućim i socijalno prihvatljivim metodama i tehnologiji, koja je u potpunosti dostupna pojedincima i obiteljima u zajednici putem njihovog punog angažmana i po cijeni koju zajednica i država može priuštiti kako bi se osigurao

kontinuitet na svakom nivou njihovog razvoja u duhu samooslanjanja i samoodređenja'.⁴ Dok mnoge europske države u tranziciji još uvijek nisu dostigle nivo primarne zdravstvene zaštite definiran u Deklaraciji iz Alma Ate⁵, industrijalizirane države europskog regijona su otišle i dalje. U ovim državama, na primarnu zdravstvenu zaštitu se gleda kao na 'strategiju za integriranje svih aspekata zdravstvenih usluga'.⁶

Na primarnu zdravstvenu zaštitu se gleda kao na 'integralni, permanentni i sveobuhvatni dio formalnog sistema zdravstvene zaštite u svim državama',⁷ odnosno ona se konceptualizira kao 'sredstvo kojim se uravnotežavaju dva osnovna cilja sistema zdravstvenih usluga – optimizacija zdravstva i uravnoteženost u distribuciju'. Njen cilj je rješavanje uobičajenih problema u zajednici putem pružanja preventivnih, kurativnih i rehabilitativnih usluga koje unaprijeđuju zdravlje i dobrobit stanovništva. Ona integrira zdravstvene usluge u slučaju postojanja jednog i više zdravstvenih problema i u koštac se hvata sa kontekstom u kojem se određeno oboljenje pojavljuje i utiče na ljude u smislu njihovog odgovora na njihove zdravstvene probleme. Ona je zdravstvena zaštita koja organizira i racionalizira angažman resursa, osnovnih i specijalističkih, koji su usmjereni ka promociji, održavanju i unaprijeđenju zdravstva.⁸

Vuori opisuje integralne komponente primarne zdravstvene zaštite kao set određenih aktivnosti, nivo zdravstvene zaštite, strategiju za organiziranje zdravstvenih usluga i filozofiju koja treba prožimati cijelokupni zdravstveni sistem.⁹ Njegova prva komponenta reflektira definiciju iz Alma-Ate i identificira njenih osam elemenata. Primarna zdravstvena zaštita kao nivo zdravstvenog sistema predstavlja domen u kojem stanovništvo ostvaruje prvi kontakt i u kojem se rješava 90% svih zdravstvenih problema. Primarna zdravstvena zaštita kao strategija obuhvata mogućnost zaštite kojoj se može jednostavno pristupiti, relevantna je potrebama stanovništvu, funkcionalno je integrirana, zasnovana je na angažmanu zajednice, ekonomična je i karakteriziraju je saradnja među različitim društvenim sektorima. Na primarnu zdravstvenu zaštitu kao filozofija gleda se kao na ključni element uravnoteženog pristupa uslugama za pojedince i koji proširuje odgovornost za zdravlje na te pojedince i društvo u cjelosti, sa posebnim naglaskom na međusektorsku suradnju.

Primarna zdravstvena zaštita kao nivo

1920. godine, Dawson izvještaj je napravio razliku između tri osnovna nivoa zdravstvenih usluga u Ujedinjenom Kraljevstvu: centri primarne zdravstvene zaštite, sekundarne bolnice i edukacijske bolnice.¹⁰ Iako se ovakva struktura nalazi u većini država, sadržaj i procesi pružanja usluga na primarnom i sekundanom nivou zdravstvene zaštite su se promijenili.

Sadržaj primarne zdravstvena zaštite

U mnogim zdravstvenim sistemima, posebno u razvijenim i državama u tranziciji, primarna zdravstvena zaštita se definira u ograničenim ili negativnim aspektima kao zaštita koja obuhvata 'osnovni' ili 'esencijalni' set zdravstvenih intervencija koje su zacrtane u Deklaraciji iz Alma-Ate.¹¹ Ovo dovodi do konceptualnog fiksiranja izjednačavanja primarne zdravstvene zaštite sa selektivnim vertikalnim programima^{12 13} ili kao 'esencijalnog paketa usluga' koje se djelomično koriste kao sredstvo finansiranja, ali i sredstvo koje ublažava teret oboljenja koji obično nastaje zbog prenosivih bolesti, perinatalnih i materinskih smrti.¹⁴ Pristup tkz. 'selektivne primarne zdravstvene zaštite' značajno je kritiziran zbog nedostatka empirijskih temelja¹⁵, odnosno kao ponovno uspostavljanje tradicionalnih i tehnički orjentiranih vertikalnih programa¹⁶, zbog toga što se isti zasniva na individualnim prosudbama^{17 18}, imaju negativan uticaj na razvojne procese u zdravstvu¹⁹, i koji je čak i kontraproduktivna.²⁰ Određeni krugovi su čak dovodili u pitanje validnost tehnologija ekonomičnosti koji se koristi kao osnova za donošenje odluka kojima se opravdava 'selektivna primarna zdravstvena zaštita'.²¹

Alternativa 'selektivnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti' predstavlja sistem tkz. 'sveobuhvatne primarne zdravstvene zaštite' koji se u velikoj mjeri koristi u mnogim razvijenim državama, i koji se sastoji od širokog raspona zdravstvene edukacije, promocije, prevencije, liječenja i rehabilitacije, kao i palijativne njege. Određeni krugovi smatraju da se sveobuhvatna primarna zdravstvena zaštita također može prijuštiti i pružati u kontekstu država u razvoju.²²

U europskoj regiji, set aktivnosti razvijenih za primarnu zdravstvenu zaštitu raste velikom brzinom. Velika količina specijalističko-konsultativnih usluga na nivou ambulantne zdravstvene zaštite prelazi na nivo primarne zdravstvene zaštite putem otvorenih klinika koje se ohrabruju na korištenje šema zajedničke zdravstvene zaštite.²³ Čak i bolničko-stacionarske usluge koje se tradicionalno pružaju u bolnicama od strane specijalista spuštaju se na nivo primarne zdravstvene zaštite putem tkz. šema bolničkog liječenja kod kuće.²⁴ Od ljekara opće prakse sada se očekuje da pružaju usluge u hitnim slučajevima koje su se tradicionalno pružale u centrima urgentne medicine pri bolnicama.²⁵

Interfejs između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite je dinamičan i konstantno se mjenja, ali isti je slučaj sa granicama koje definiraju uloge ljekara opće prakse, lječnika obiteljske medicine ili bolničkih specijalista. Postoji i značajano preklapanje uloga ljekara

opće prakse koji pružaju specijalističko-konsultativne usluge i specijalista koji pružaju usluge opće prakse, koji se još naziva i 'skrivena zdravstvena zaštita'.^{xi xii} Ovo dodatno komplicira mogućnosti usporedbe nalaza dobivenih istraživanjima u različitim državama i kontekstima.

Primarna zdravstvena zaštita kao ključni proces

Primarna zdravstvena zaštita se često izjednačava sa ulogom koordinacije i nadgledanje svih aspekata zdravstvene zaštite pacijenata (gatekeepinga).^{xiii} Međutim, ona ima značajniju ulogu od puke koordinacije i nadgledanje svih aspekata zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita je ključni proces u okviru zdravstvenih sistema.^{xiv} Ona podrazumjeva prvi kontakt, prvu branu pružanja zdravstvene zaštite, kontinuiranu, sveobuhvatnu i koordiniranu zdravstvenu zaštitu.^{xv} Prvi kontakt koji pacijent ostvaruje omogućen je u trenutku kada se za istim ukaže potreba; kontinuirana zdravstvena zaštita se fokusira na dugoročno zdravlje pacijenta a ne samo na kratko trajanje oboljenja; sveobuhvatna zdravstvena zaštita predstavlja određeni raspon usluga koje su odgovarajuće u smislu zajedničkih zdravstvenih problema stanovništva a koje su dostupne na nivou primarne zdravstvene zaštite; dok primarna zdravstvena zaštita također koordinira usluge ostalih specijalista koje pacijenti na primarnom nivou mogu trebati.

Primarna zdravstvena zaštita definirana u pogledu timova

Timovi primarne zdravstvene zaštite mogu varirati od patronažne sestre ili ljekara opće prakse u ruralnim područjima do multidisciplinarnih timova koji broje i po 30 članova, odnosno patronažnih sestara, menadžera, pomoćnog osoblja, specijalista obiteljske medicine i ostalih specijalista.

The Royal College of General Practitioners (Kraljevski koledž ljekara opće prakse) u Ujedinjenom Kraljevstvu definira 'zdravstvenog radnika na nivou primarne zdravstvene zaštite' kao bilo kojeg zdravstvenog radnika koji je profesionalno kvalificiran da radi u zdravstvu, čije su profesionalne kvalifikacije priznate od strane vjeća za obaveznu registraciju koji je odobren od strane Parlamenta, koji prima pacijente direktno bez uputnice od strane drugog zdravstvenog radnika, odnosno koji radi u zdravstvenoj ustanovi koja omogućava slobodan pristup pacijentima.^{xvi}

Osnovni tim na nivou primarne zdravstvene zaštite u industrijskim državama Europe obično se sastoji od ljekara opće prakse, patronažne sestre, med. Sestre/tehničara, socijalnog radnika, terapeuta i administrativnog osoblja.^{xvii} Međutim, u državama sa visoko razvijenom primarno zdravstvenom zaštitom, kao što su Ujedinjeno Kraljevstvo i Nizozemska, broj od 20 članova u timovima nije neobična pojava^{xviii} (Tabela 1).

Table 1: Članovi timova primarne zdravstvene zaštite

Ljekari	Sestre/ tehničari	Administracija	Terapeuti	Socijalni radnici
Ljekar opće prakse	Patronažna sestra	Menadžer	Fizioterapeut	Socijalni radnik

Stomatolog	Med. sestra/ tehničar	Recepcionista	Kiropraktičar	Psihijatar
Specijalista gerijatrije	Oftamološka sestra	Pomoćnik	Logoped	Psiholog
Zdravstveni radnik u školi	Babica	Sekretarica	Ortopedi	Savjetnik
	Zdravstveni posjetilac		Nutricionista	Domicilna pomoć

Dodatak 2

PREPORUKE ZA IZRADU STRATEGIJE LJUDSKIH RESURSA (Antonio Duran-ekspert SZO)

Postojećom distribucijom doktora porodične/obiteljske medicine u BiH ne rješavaju se sadašnje i buduće potrebe za potpunim proširenjem modela porodične/obiteljske medicine i postoje trenutačne kratkoročne i dugoročne mjere koje su potrebne ne samo da bi se zaposlili i zadržali specijalisti porodične/obiteljske medicine, nego i da bi se osigurala izbalansirana radna snaga. Osim toga, u BiH se za doktore medicine i zdravstvene radnike općenito kaže da sa univerziteta izlaze sa prilično dobrim teoretskim znanjem, ali sa nedovoljnim praktičnim vještinama. **Stoga je potrebno izraditi strategiju za ljudske resurse tako da bi se dao jak signal kojim će se ukazati podrška modelu porodične/obiteljske medicine unutar svih institucionalnih i organizacijskih nivoa zdravstvenog sistema.**

Strategija treba identificirati sljedeće:

- (a) ključne medicinske specijalnosti i podspecijalnosti, sestinstvo i srodne zdravstvene profesije;
- (b) nedostatke i viške za svaku medicinsku specijalnost, specijalnost u sestinstvu i srodnim zdravstvenim profesijama;
- (c) broj liječnika/ljekara, sestara i srodnih zdravstvenih radnika koji će biti potrebni u narednih deset godina za ključne medicinske specijalnosti, specijalnosti u sestinstvu i srodnim zdravstvenim profesijama;
- (d) optimalan broj studenata dodiplomske nastave medicine i sestinstva koji se traži svake godine da bi se ispunile potrebe BiH;

- (e) broj specijalizanata koji trebaju proći specijalističku i subspecijalističku edukaciju u svakom području;
- (f) mehanizme kojim se podstiče zapošljavanje i zadržavanje zdravstvenih radnika u porodičnoj/obiteljskoj medicini i kojima se uklanjaju sve barijere da bi se doktori i medicinske sestre privukli u tu specijalnost – naprimjer, zakoni i drugi propisi za ulazak u program specijalizacije iz porodične/obiteljske medicine trebaju se revidirati tako da se omogući mladim diplomiranim studentima da uđu u program specijalizacije iz porodične/obiteljske medicine i da završe program dodatne obuke;
- (g) stipendije za programe specijalizacije, te analiza kako bi se grantovi ili dio IDA kredita mogli za to iskoristiti;
- (h) pristupi i inicijative za prekvalificiranje, premještanje ili umirovljenje viška uskih specijalista koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – te na taj način dokidaju funkciju “vratara” i istiskuju specijaliste porodične/obiteljske medicine;
- (i) sistemi nadoknada edukatorima i mentorima iz domena porodične/obiteljske medicine;
- (j) strategije za privlačenje i zadržavanje zdravstvenih radnika u ruralnim područjima ili uspostavljanje sistema koji omogućavaju periodične posjete ili rotacije.

Drugim riječima, potrebno je razviti sveobuhvatnu strategiju ljudskih resursa da bi se proširio i održao model primarne zdravstvene zaštite koji je fokusiran na porodičnu/obiteljsku medicinu i osigurao optimalan broj i raznovrsnost ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu. **Strategijom za ljudske resurse također se treba utvrditi broj medicinskih sestara, specijalista, sestara u zajednici i terapeuta/srodnih zdravstvenih radnika koji su potrebni za širenje modela porodične/obiteljske medicine, utvrditi gdje se i kako ovi zdravstveni radnici trebaju educirati osim programa dodatne obuke, te definirati i dugoročne strategije i kratkoročne mjere koje su u skladu sa implementacijom ovih ciljeva. U strategiji se trebaju dati troškovi opcija za rješavanje problema viška radnika u zdravstvenom sistemu.**

Pitanju razvoja ljudskih resursa u oblasti zdravstva posvećena je pažnja u Strategiji za smanjenje siromaštva u BiH, i to bi moglo pomoći pri izradi strategije za primarnu zdravstvenu zaštitu. Osim toga, predstojeći projekat Svjetske banke za jačanje zdravstva se snažno fokusira na generiranje resursa i obuhvata obuku iz oblasti porodične/obiteljske medicine (uključujući i programe specijalizacije i preobuke), obuku katedri, obnovu i opremanje ambulanti porodične/obiteljske medicine i komunikacijske aktivnosti. **Prijedlog je da se postojeći kratki programi preobuke (program dodatne obuke – PAT) zamijene sa specijalističkom obukom iz porodične/obiteljske medicine do 2010. godine. Također su predviđene kontinuirana medicinska edukacija i dodatna obuka iz menadžmenta za one koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.**

U RS-u je promijenjen program za dodiplomske studije tako da uključuje povećan broj teoretskih i praktičnih sati iz porodične/obiteljske medicine, a postoji namjera da se program i dalje proširi. Nastavni planovi obuke, posebno planovi za dodiplomske studije trebaju biti ažurirani (uključujući i oblasti kao što su vještine menadžmenta i komunikacija, javno zdravlje) i fleksibilniji. Isto se odnosi i na specijalističku obuku iz porodične/obiteljske medicine, koja se mora ažurirati. Potrebna je uža saradnja sa

resornim ministarstvom (Ministarstvo obrazovanja). **Detaljnim planom ljudskih resursa bi se mogao identificirati broj specijalizirana porodične/obiteljske medicine koji će biti potreban svake godine i gdje će se vršiti njihova obuka. U saradnji sa Ministarstvom obrazovanja, bit će potrebno uspostaviti fond za nadoknadu univerzitetima i centrima za obuku kako bi se razvili i implementirali specijalistički programi u skladu sa potrebama.**

Također će biti potrebno dalje definirati i razviti i sestrinstvo u porodičnoj/obiteljskoj medicini kako bi se uključila trijaža, dijagnosticiranje, zdravstvena edukacija i kurativne funkcije (kao i da se pruži podrška odlukama koje se donose u vezi sa odnosom između patronažnih medicinskih sestara/medicinskih sestara specijaliziranih za rad u zajednici i timova porodične/obiteljske medicine, bilo da se radi o radu na nekoliko sati ili o punom radnom vremenu u jednom ili više timova porodične/obiteljske medicine.) Ove regulatorne promjene će također ići u prilog većoj pokrivenosti u ruralnim sredinama.

U periodu tranzicije trebat će se revidirati i ojačati program dodatne obuke, da obuhvati:

- (i) elemente novih ugovora o uslugama koji su predstavljeni u gornjem tekstu ovog izvještaja;
- (ii) vodiče koji se temelje na dokazima;
- (iii) obuku iz promocije zdravlja i zdravstvene edukacije;
- (iv) obuku iz zdravstvenog menadžmenta sa posebnim naglaskom na ugovaranje, menadžment ugovora o uslugama i timski rad;
- (v) kvalitet zdravstvene zaštite.

Ako ovaj prijedlog bude prihvaćen, program dodatne obuke se treba postepeno gasiti i prestati oko 2010. godine, do kada bi trebalo da su svi oni koji su ušli u porodičnu/obiteljsku medicinu završili trogodišnju specijalizaciju porodične/obiteljske medicine. Za proširenje porodične/obiteljske medicine u periodu 2005-2010 bit će potrebno donijeti odluku o tome koji će se procenat obuke nastaviti u sklopu programa dodatne obuke, a koji će se postotak nastaviti pod rezidentnim programom porodične/obiteljske medicine.

Da bi se podržalo proširenje porodične/obiteljske medicine, bit će potrebno razviti katedre porodične/obiteljske medicine i za liječnike/ljekare i za medicinske sestre kako bi se obuhvatili novi nivoi kliničkog znanja i znanja i obuke iz zdravstvenog menadžmenta. Katedra za porodičnu/obiteljsku medicinu treba djelovati u uskoj saradnji sa školama za sestrinstvo da bi se razvila međudisciplinarna obuka za specijaliste i medicinske sestre porodične/obiteljske medicine, pri čemu je potrebno osigurati da dodiplomska i postdiplomska nastava bude u skladu sa evropskim standardima i u skladu sa zahtjevima Bolonjske deklaracije.

Katedra za porodičnu/obiteljsku medicinu i škole za sestrinstvo bi se također mogle podržati u pogledu zajedničke izrade nastavnih planova i programa, programa obuke i standarda za specijalizaciju iz sestrinstva u zajednici (patronažnog sestrinstva). Ovaj program obuke bi trebao obuhvatiti interdisciplinarnu obuku sa vezama koje će omogućiti unakrsnu obuku između specijalnosti. Porodični/obiteljski liječnici sa specijalističkim

interesovanjem bi mogli proći kroz dodatnu obuku, pokazati kompetentnost i dobiti dodatne ugovore za pružanje usluga prema specijalnostima.

Bit će potrebno razviti nove kriterije da bi se odredili uvjeti za stjecanje zvanja edukatora iz domena porodične/obiteljske medicine i za one koji će biti edukatori budućih edukatora porodične/obiteljske medicine, kao i mehanizme kojima se jasno identificiraju putevi kojim edukatori porodične/obiteljske medicine mogu napredovati unutar katedri porodične/obiteljske medicine i biti odgovarajuće nagrađeni za edukaciju koju pružaju dodiplomskim i postdiplomskim studentima.

Sastavni dio procesa akreditiranja i reakreditiranja bit će plan razvoja tima porodične/obiteljske medicine u kojem će se identificirati potrebe za edukacijom, seminari za obuku, akreditirani kursevi koji će podsticati timove porodične/obiteljske medicine da prošire svoje znanje i usluge.

Strategijom za ljudske resurse će se morati utvrditi koliko će centara za obuku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji su povezani sa univerzitetima biti potrebno, kao i broj ljudi koji će se trebati obučiti da bi radili u tim centrima. Postojeći pravni okviri, podzakonski akti i propisi univerziteta će se trebati pregledati i revidirati da bi se omogućilo specijalistima porodične/obiteljske medicine, koji prakticiraju porodičnu/obiteljsku medicinu, da postanu osoblje vezano sa univerzitetom koje će imati honorarne angažmane.

S vremenom bi katedra za porodičnu/obiteljsku medicinu mogla razviti mreže centara primarne zdravstvene zaštite kao akreditirane centre obuke “povezane sa univerzitetima” za dodiplomsku i postdiplomsku edukaciju iz porodične/obiteljske medicine, kako bi se osiguralo da se edukacija studenata medicine i sestrištva kao i doktora i medicinskih sestara odvija kroz praktičnu obuku na radnom mjestu za razliku od didaktičkog podučavanja u učionici. Potrebno je razviti kriterije za akreditiranje da bi se odabrali centri primarne zdravstvene zaštite koji su se prijavili da budu centri obuke iz oblasti porodične/obiteljske medicine.

Izgradnja kapaciteta za menadžment u cijelom sistemu je ključ za poboljšanje performanse sektora. Paralelno s tim, posebna pozornost se treba posvetiti usavršavanju menadžerskih vještina direktora domova zdravlja, bolnica i kliničkih centara. **Na nivou fondova za zdravstveno osiguranje, potrebno je usmjeriti napore na izgradnju kapaciteta neophodnog za kupovinu zdravstvenih usluga i ugovaranje.**

Također postoji potreba da doktori i sestre prođu kroz obuku iz menadžmenta u zdravstvu kako bi mogli i sami preuzeti menadžerske uloge. Trenutno, ova obuka ne pruža naročitu prednost u smislu napredovanja u karijeri. Potrebno je promijeniti propise da bi se osiguralo da obuka iz menadžmenta u zdravstvu i kvalifikacije stečene kroz tu obuku budu priznati i da se onima koji imaju adekvatnu obuku pruži mogućnost da preuzmu menadžerske uloge u organizacijskim jedinicama primarne zdravstvene zaštite. **Stoga će strategija za ljudske resurse također morati ukazati na zahtjeve zdravstvenog menadžmenta i kvalifikacije koje trebaju imati liječnici da bi preuzeli menadžerske uloge unutar grupnih praksi porodične/obiteljske medicine (te, s vremenom, unutar**

proširenih mreža primarne zdravstvene zaštite). Kriteriji licenciranja i akreditiranja će trebati obuhvatiti područje zdravstvenog menadžmenta, kako bi te kvalifikacije i diplome bile priznate. Potrebno je ispitati mogućnosti dvojnih karijera i puteva u karijeri (*'career paths'*) skupa sa profesionalnim udruženjima, univerzitetima i profesionalnim komorama, te stvoriti inicijative kako bi se podstaklo da klinički zdravstveni radnici preuzimaju menadžerske pozicije.

Iako postoje sumnje u vezi s takvim razvojem situacije u BiH (vidi gornji tekst, "pružanje usluga"), međunarodno iskustvo i perspektiva bližih odnosa sa EU bi preporučili striktnu vladinu akciju na izmjeni postojećeg modela "multiplih specijalizacija" izgrađenog na jedinstvenom nastavnom programu i standardima edukacije, uz prilično oštru demarkaciju primarne zdravstvene zaštite u svim profesijama (medicina, sestrinstvo i menadžment). **Cijeli niz strateških opcija se može simulirati a troškovi izračunati, uzimajući u obzir različite proporcije zdravstvenih radnika koji će odabrati jednu od raspoloživih opcija: (i) prijevremeni odlazak u mirovinu; (ii) premještanje na drugo radno mjesto; (iii) proglašenje viškom (novo zaposlenje) ili (iv) preobuka u specijaliste u porodičnoj/obiteljskoj medicini.** Mogli bi se donijeti striktni kriteriji za licenciranje i akreditiranje kako bi se uski specijalisti podstakli na preobuku za akreditiranje u porodičnoj/obiteljskoj medicini (isto kao i za liječnike/ljekare porodične/obiteljske medicine koji bi se akreditirali da pružaju specijalističke usluge, npr. iz ginekologije i porodiljstva). Nadalje, bit će potrebni zakonski okviri koji će podržati mogućnost da uski specijalisti prođu kroz preobuku neophodnu za akreditiranje u oblasti porodične/obiteljske medicine.

Iako postoje programi kontinuirane medicinske edukacije, postoji i potreba za razvijanjem mehanizama kojima će se osigurati da obuka kroz koju prolaze doktori, medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici bude u skladu sa potrebama zdravstvenog sistema u BiH, izbalansirana po pitanju sadržaja (u smislu kliničkih, preventivnih i menadžerskih elemenata). Potrebno je razviti odgovarajuće mehanizme za osiguranje kvaliteta da bi se odobrili programi za kontinuiranu medicinsku edukaciju i stvoriti inicijative za sve zdravstvene radnike da prođu kroz obuku. Kontinuirana medicinska edukacija treba biti preduvjet za ponovno licenciranje ili revalidaciju zdravstvenih radnika. Od suštinskog značaja je refiniranje uloge zdravstvenih komora u procesu kontinuirane medicinske edukacije.

Na kraju, potrebno je spomenuti da ukoliko je ažuriranje i usavršavanje stručnih vještina potrebno na nivou primarne zaštite, onda je ono isto tako potrebno i na bolničkom nivou. Na nivou primarne zaštite, usavršavanje stručnih vještina profesionalaca bilo je i ostaje glavna komponenta aktivnosti koje se razvijaju kad se implementira model porodične/obiteljske medicine. **Slična obuka i program kontinuirane edukacije trebaju se sada isto tako razviti i za zdravstvene radnike u bolnicama.**

I
