



**STRATEŠKI PLAN RAZVOJA
ZDRAVSTVA
U FEDERACIJI BOSNE I HERCEGOVINE
U PERIODU OD 2008. DO 2018. GODINE**

Sarajevo, 2008. godine

SADRŽAJ:

PREDGOVOR.....	3
1. UVOD	6
2. METODOLOGIJA.....	7
3. SAŽETAK ANALIZE OKRUŽENJA	8
3.1. DEMOGRAFSKE PROMJENE.....	8
3.2. EPIDEMIOLOŠKE PROMJENE.....	9
3.3. POLITIČKO OKRUŽENJE.....	10
3.4. ZAKONSKO I REGULATORNO OKRUŽENJE.....	10
3.5. EKONOMSKI RAZVOJ	11
3.6. EKONOMSKI RAZVOJ I ZDRAVLJE	12
3.7. KOMPETICIJA SEKTORA	12
3.8. SOCIOKULTUROLOŠKO OKRUŽENJE.....	13
3.9. OKOLIŠ	13
4. SAŽETAK ANALIZE FUNKCIJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA.....	14
4.1. SAVJESNO UPRAVLJANJE (ORGANIZACIJA I REGULATIVA).....	14
4.2. FINANSIJSKI DIZAJN	15
4.2.1. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	15
4.2.2. RASPODJELA FINANSIJSKIH RESURSA I SISTEMI PLAĆANJA DAVALACA USLUGA	17
4.2.3. JEDNAKOST U PRISTUPU I POKRIVENOSTI ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM.....	19
4.2.4. FINANCIJSKO-ZDRAVSTVENI INDIKATORI.....	21
4.3. GENERIRANJE RESURSA	21
4.3.1. LJUDSKI RESURSI.....	21
4.3.2. FARMACEUTSKI SEKTOR.....	25
4.3.3. TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVU.....	27
4.3.4. INFORMACIONE TEHNOLOGIJE.....	29
4.4. PRUŽANJE USLUGA	29
4.4.1. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	29
4.4.2. SPECIJALISTIČKO - KONSULTATIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	31
4.4.3. BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	31
4.4.4. JAVNO ZDRAVSTVO	33
4.4.5. PRIVATNA PRAKSA.....	34
4.5. EFIKASNOST	35
4.6. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	36
4.7. SPOSOBNOST ODGOVORA NA NEMEDICINSKE POTREBE.....	37
4.8. ZADOVOLJSTVO KORISNIKA	38
5. OSNOVE ZA POSTAVLJANJE STRATEŠKIH CILJEVA	39
6. VIZIJA.....	43
6.1. PRINCIPI I VRIJEDNOSTI.....	43
6.2. OPĆI STRATEŠKI CILJ	44
6.3. SPECIFIČNI CILJEVI	45
7. OPERACIONALIZACIJA I IMPLEMENTACIJA STRATEŠKOG PLANA.....	66
8. DOKUMENTACIONA OSNOVA	67
9. LITERATURA	69

Predgovor

Cilj ovog dokumenta je prikazati strategijske pravce razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u desetogodišnjem periodu. Federalno ministarstvo zdravstva kroz ovaj dokument želi pokazati da ima jasnu viziju dugoročnog razvoja zdravstva u Federaciji. Zdravstveni sektor mora imati konzistentnu politiku zdravstvene zaštite, koja će ustrajati na pokrenutim reformama u zdravstvu, vodeći računa o kontekstu tekućih promjena našeg okruženja.

U skladu sa evropskim opredjeljenjima, Ministarstvo je ostalo dosljedno osnovnim principima i vrijednostima razvoja našeg sistema zdravstvene zaštite, a to podrazumijeva fokus na sljedeće činjenice:

- reforma zdravstva mora biti rukovođena vrijednostima, kao što su ljudsko dostojanstvo, jednakost, solidarnost i profesionalna etika;
- reforma mora biti usmjerena na zdravlje ljudi, što podrazumijeva pomjeranje težišta mjera zdravstvene zaštite ka promociji zdravlja i prevenciji bolesti, odnosno ka boljim indikatorima zdravstvenog stanja;
- reforma mora biti fokusirana na ljude, što podrazumijeva uvažavanje potreba građana da kroz demokratski proces sudjeluju u procesima donošenja odluka koje se tiču zdravlja, ali i da na sebe preuzmu dio odgovornosti za vlastito zdravlje;
- reforma mora biti fokusirana na kvalitet, što podrazumijeva kontinuirani razvoj kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga, kao i odgovarajući stepen efikasnosti;
- reforma mora biti utemeljena na održivom sistemu finansiranja, što podrazumijeva univerzalnu pokrivenost stanovništva sa zdravstvenim osiguranjem, podjednaku dostupnost zdravstvenih usluga u svim regijama, te efikasno korištenje zdravstvenih resursa kroz jačanje solidarnosti, kako između različitih socijalnih skupina u društvu, tako i između regija u zemlji;
- reforma mora biti orijentisana na primarnu zdravstvenu zaštitu, utemeljenu na principima Svjetske zdravstvene organizacije, a to su *pravičnost* u distribuciji sredstava za zdravlje, *univerzalna pokrivenost* populacije sa osnovnim preventivnim i kurativnim uslugama, *multisektorski pristup* koji uvažava značaj ostalih sektora u uticaju na determinante zdravlja, *promocija uključivanja zajednice* u zdravstvene aktivnosti u cilju mobilizacije skrivenih resursa u zajednici, te naglasak na *promociji zdravlja*, a ne jedino na odsustvu bolesti.

Misija Federalnog ministarstva zdravstva može se definisati kao: izgradnja efikasne i djelotvorne institucije, koja se obavezuje da će poboljšati zdravstveni

status građana Federacije Bosne i Hercegovine. Ovo ministarstvo je vladina institucija koja kroz razvoj i provođenje zdravstvene politike, izradu strateških pravaca razvoja i stvaranje zakonskog okvira utiče na izgradnju kvalitetnog, održivog i isplativog zdravstvenog sistema, sa ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja stanovništva, a na principima transparentnosti, solidarnosti i pravičnosti. Savremeni trend u nauci i vještinama upravljanja zdravstvenim sistemom uključuje kompleksan pojam savjesnog upravljanja. Savjesno upravljanje zdravstvenim sektorom u Federaciji BiH podrazumijeva jasno utvrđivanje vizije i daljeg pravca razvoja zdravstvene politike, te s tim u vezi poduzimanje zakonodavnih, političkih, fiskalnih, stručnih i društvenih mjera koje trebaju osigurati optimalan stepen osiguranja prava pacijenata, podjednako u svim kantonima. Pored toga, savjesno upravljanje podrazumijeva niz značajnih aspekata, kao što slijedi:

- definisati poboljšanja ljudskih prava i prava pacijenta u sektoru zdravstva Federacije BiH kao jasnu viziju;
- regulisati domen reorganizacije i racionalizacije mreže zdravstvene zaštite sa aspekta jasne i definisane podjele rada u organizaciji zdravstva;
- razvijati koncept javno-privatnog partnerstva u zdravstvu;
- modernizirati sektor zdravstva sa aspekta uvođenja novih medicinskih tehnologija, kao i načina upravljanja ovim tehnologijama;
- podržati savjesno upravljanje u zdravstvu u uvjetima stabilnog i finansijski održivog sistema zdravstva;
- otkloniti nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti u zdravstvenim ustanovama, te smanjiti mogućnosti za pojavu korupcije;
- ulagati u ljudske resurse u zdravstvu, te unaprijediti specijalističko obrazovanje zdravstvenih kadrova;
- raditi kontinuirano na osiguranju kvaliteta u zdravstvu.

Strateško upravljanje može se odvijati u onom pravcu, vrsti i obimu utvrđenom zakonskim okvirima. Zato je nužno uskladiti zakonski okvir sa potrebama zajednice, uz obavezu poštovanja principa usaglašavanja sa propisima EU koji smo preuzeli u postupku donošenja i potpisivanja Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju Bosne i Hercegovine Evropskoj uniji, saglasno Odluci o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva Bosne i Hercegovine sa ACQUIS COMMUNAUTAIRE ("Službeni glasnik BiH", broj: 44/03).

Razvoj demokratskih društava u svijetu teži regulisati socijalne sisteme u društvu, ne samo donošenjem zakona, već i korištenjem niza drugih metoda. Tako npr. mjere kompetitivne i stimulativne prirode mogu rezultirati boljim efektima u organizaciji sistema zdravstvene zaštite, nego zakonske mjere koje koriste sredstva prinude i kazne. Svjesni takvih mogućnosti regulisanja socijalnih sistema, opredijelili smo se rukovoditi proces razvoja zdravstva na temelju kombinacije kako regulatornih/legislativnih mjera koje su obavezujuće, tako i stimulativnih mjera za glavne aktere razvoja.

Koristeći ovu prigodu želim pozvati sve aktere reforme i razvoja zdravstvenog sistema u F BiH, kako domaće tako i inozemne, da izgradimo partnerstvo za promidžbu ove važne zadaće. Federalno ministarstvo zdravstva se obavezuje da će istrajati na načelima i temeljnim vrijednostima reforme, kao i na ciljevima

izloženim u ovom dokumentu. Također želim pozvati sve sudionike da respektiraju profesionalno mišljenje eksperata za razvoj zdravstvenog sistema, kako iz oblasti javnog zdravstva, zdravstvenog osiguranja, zdravstvenog menadžmenta, osiguranja kvaliteta u zdravstvu, itd. Uvažavajući pluralizam interesa sudionika razvoja zdravstva moguće je postići pozitivne efekte, kako na zdravlje stanovništva, tako i na organizaciju efikasnog sistema zdravstvene zaštite.

Federalni ministar zdravstva

Prim.dr Safet Omerović

1. UVOD

“Strateški plan za reformu zdravstvenog sistema” daje strateški pristup i ciljeve reforme zdravstvenog sistema za FBiH, za period 2008.-2018. Dokument je izrađen tokom 2007. godine od strane radne grupe koju je uspostavilo Federalno ministarstvo zdravstva.

Dokument se temelji na analizi osnovnih funkcija sistema: savjesno upravljanje, finansiranje, resursi u zdravstvu i pružanje usluga, a prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).

Svrha dokumenta je jasno definisanje vizije i ciljeva za razvoj savremenog, kvalitetnog, racionalnog i gospodarski održivog zdravstva, što prema ocjenama mnogih domaćih i međunarodnih stručnjaka podrazumijeva uspostavu integrirane zdravstvene zaštite uz istovremenu učinkovitu kontrolu kvalitete i potrošnje, te odgovorno upravljanje raspoloživim resursima.

Samo izgradnja ovakvog zdravstvenog sistema može voditi ka potpunom psihičkom i fizičkom blagostanju, te stvoriti pretpostavke za poboljšanje socijalnog statusa pojedinca što onda predstavlja osnovu za ekonomski razvoj društva.

Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti sa ekonomskim razvojem. Oba pomenuta procesa su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije. Interesantan je podatak da se doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema poboljšanja zdravlja stanovništva procjenjuje na svega 10%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora.

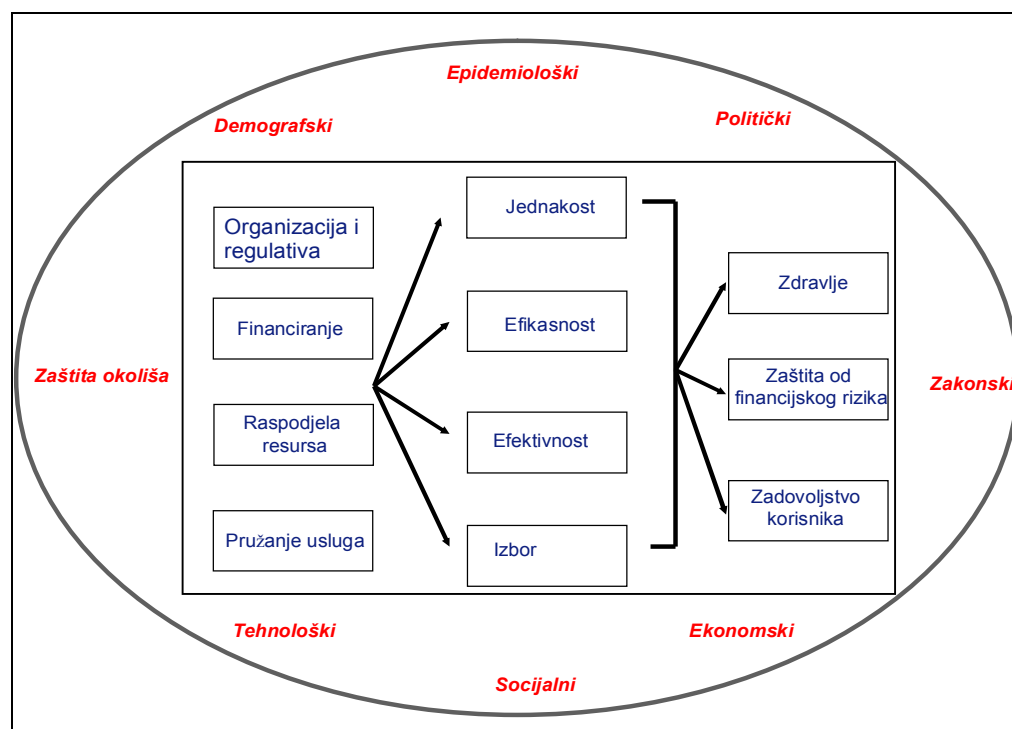
U ovom dokumentu navedeni su ključni principi kojima ćemo se voditi prilikom implementacije strateškoga plana kao i opći i specifični ciljevi koje želimo postići u predviđenom roku.

Potpuniji pregled stanja u oblasti samoga zdravstva, ali i u okruženju koje utječe na zdravlje, te nalaz karakteristika i problema na koje će se odnositi reforme zdravstvenog sistema, se nalazi u dokumentu situacione analize, koji je izradila radna grupa, kao dio aktivnosti na identificiranju područja i prioriteta na koje je potrebno usmjeriti pažnju, a koji se nalazi u prilogu ovog dokumenta.

2. METODOLOGIJA

U izradi dokumenta je u osnovi korišten analitički okvir koji se zasniva na pristupu analize funkcija zdravstvenog sistema i konteksta u koji je zdravstveni sistem smješten. Ovaj pristup koristi zdravlje, zaštitu od finansijskog rizika i zadovoljstvo korisnika kao krajnje ciljeve zdravstvenog sistema i zasniva se na analizi demografskih, ekonomskih, političkih, zakonskih i regulatornih, epidemioloških, ekoloških i tehnoloških uslova. (Slika 1)

Slika 1: Okvir za analizu zdravstvenog sistema



Ovaj analitički okvir identificira četiri funkcije zdravstvenog sistema: **savjesno upravljanje i organizacione aranžmane**; **finansiranje** (na koji način se doprinosi sakupljanju i objedinjavanju), **raspodjelu finansijskih resursa i sisteme plaćanja davalaca usluga** (na koji način se vrši raspodjela objedinjenih sredstava, i mehanizmi i metode koji se koriste za plaćanje davaoca zdravstvenih usluga); **generisanje/raspodjelu resursa** i funkcija **pružanja usluga**, koja se odnosi na sadržaj tj. usluge koje pruža zdravstveni sistem.

Uticanjem kreatora zdravstvene politike na ove funkcije zdravstvenog sistema omogućava se da se unaprijedi funkcionisanje samog zdravstvenog sistema, a time unaprijedi i zdravlje stanovništva.

Analizom navedenih funkcija su sagledane prednosti i slabosti zdravstvenog sistema Federacije BiH, što je bio osnov za postavljanje strateških ciljeva u ovom dokumentu.

3. SAŽETAK ANALIZE OKRUŽENJA

3.1. DEMOGRAFSKE PROMJENE

Kako popis stanovništva u BiH nije vršen od 1991. godine, za potrebe ovog dokumenta korišteni su podaci o stanovništvu na osnovu procjene Federalnog zavoda za statistiku (FZS), za 2006. godinu.

U 2006. godini u Federaciji BiH živjelo je 2.845.000 stanovnika na površini od 26.110,5 km². Stanovništvo Federacije BiH pripada kategoriji regresivnog stanovništva sa manjim učešćem djece starosti 0-14 godina (18,1%), a sa porastom učešća osoba starih 65 i više godina (14,1%). Prema polu, žene su činile 51% stanovništva.

Procijenjena očekivana dužina života pri rođenju u Federaciji BiH kreće se između 71 i 75 godina, što je slično podacima za BiH iz 1990. godine, kao i prosjeku zemalja koje su postale članice EU do 2007. godine.

Stopa nataliteta ima nisku vrijednost od 9,3‰, pokazuje trend stalnog opadanja i slična je kao u zemljama okruženja.

Stopa općeg mortaliteta imala je srednju vrijednost od 8,0/1.000 stanovnika i u laganom je i kontinuiranom porastu posljednjih godina.

Dojenačka smrtnost je jedan od najboljih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva, posebno djece, a istovremeno je i odraz organizacije zdravstvene zaštite i za 2006. godinu iznosila je 9,5/1.000 živorođenih, što predstavlja nisku stopu. Kao posljedica pada stope nataliteta i laganog porasta stope mortaliteta, prirodni priraštaj bilježi trend opadanja i sa vrijednošću od 1,3‰. u 2006. godini ima izrazito nepovoljnu vrijednost.

Prema podacima Federalnog ministarstva raseljenih osoba i izbjeglica, na području Federacije BiH u 2006. godini evidentirano je 57.770 raseljenih lica sa kontinuiranim smanjenjem broja raseljenih osoba.

Oko 10% stanovnika čine lica sa različitim stepenom invaliditeta, među kojima ratni vojni invalidi i civilne žrtve rata, imaju značajno učešće.

Prema podacima Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje ukupan broj penzionera u Federaciji BiH krajem 2006. godine je bio 314.462.

Zbog kontinuiranog porasta učešća osoba starih 65 i više godina u ukupnom stanovništvu, stopa izdržavanog stanovništva (stanovništvo koje je mlado ili staro da bi radilo) iznosi 47,5%. Porast ove stope je značajan problem sa aspekta osiguravanja sredstava za finansiranje službi socijalne i zdravstvene zaštite.

Iz prezentiranih podataka se vidi da je Federacija BiH u procesu značajnih demografskih promjena što utiče na zdravstveno stanje stanovništva i organizaciju zdravstvene zaštite.

S obzirom da je kretanje stanovništva, odnosno promjene koje se dešavaju u stanovništvu, osnov za planiranje u svim sektorima društva, demografske promjene u Federaciji BiH su zabrinjavajuće i zahtijevaju interes i intervenciju cjelokupne zajednice.

3.2. EPIDEMIOLOŠKE PROMJENE

Proces društveno-ekonomske i političke tranzicije u Federaciji BiH, osim što dovodi do demografskih promjena, dovodi i do drugih značajnih promjena koje utiču na zdravlje stanovništva. Zdravlje stanovništva je višestruko nepovoljno: nisu riješeni raniji postojeći zdravstveni problemi, a pojavili su se i novi (HIV, hepatitis C, ptičja gripa i drugo). Štetne životne navike su sve prisutnije, što doprinosi većem učešću hroničnih bolesti.

Za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva koriste se negativni pokazatelji zdravlja, od kojih su dostupni mortalitet (umiranje) i morbiditet (obolijevanje).

Stopa općeg mortaliteta (smrtnosti) u 2006.godini ima srednju vrijednost od 8,0/1.000 stanovnika i u laganom je porastu posljednjih godina. Vodeći uzroci smrti su oboljenja cirkulatornog sistema (53,7%) i maligne neoplazme (19,2%). Visoko su pozicionirana endokrina i metabolička oboljenja sa poremećajima u ishrani (4,0%).

Vodeća oboljenja (morbiditet) registrovana u ambulantno-polikliničkoj zaštiti karakteriše značajno učešće hroničnih oboljenja, što se posebno odnosi na hipertenzivna oboljenja, dijabetes, dorzopatije itd., a što se može povezati sa visokom prevalencom pušačkih navika, prekomjernom tjelesnom težinom, fizičkom neaktivnošću, stresom i drugim faktorima rizika među stanovništvom Federacije BiH.

Poremećaji mentalnog zdravlja su u stalnom i laganom porastu. Vodeća oboljenja registrovana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kod odraslih su neurotski, sa stresom povezani i somatski poremećaji (43%), a potom afektivni poremećaji raspoloženja (24%). Briga o mentalnom zdravlju stanovništva treba biti prioritet zbog lošeg socio-ekonomskog statusa stanovništva, stalnog rasta stope nezaposlenosti i loših životnih navika (alkoholizam, droge).

S obzirom na put prenosa i način zaraze, najveći udio registrovanih slučajeva zaraznih bolesti u 2006 god. i dalje čine respiratorne bolesti (70,5%), dok su crijevne infekcije u porastu.

Iako je incidenca plućne tuberkuloze u Federaciji Bosne i Hercegovine smanjena sa 100/100.000 stanovnika u 1998, na 52/100.000 u 2006. godini, ipak i dalje spadamo u zemlje sa visokom incidencom u Europi. Posljednja ispitivanja rezistencije na antituberkulozne lijekove izvedena 2000. godine pokazuju incidencu multi-drug rezistentne tuberkuloze od 0,1% kod novootkrivenih slučajeva do 2% kod onih koji su ranije liječeni. Strategija DOTSa je uvedena 1995. godine sa tendencijom da se postepeno implementira na teritoriju FBiH. Posljednjih godina se vrši snabdijevanje antituberkuloznim lijekovima preko Global Drugs Programa.

Primjetan je trend porasta broja registrovanih HIV/AIDS slučajeva. U FBiH u razdoblju od 1999. do 2006. godine ukupno je registrovano 81 HIV pozitivnih osoba, od kojih su 53 sa razvijenom AIDS bolesti. Od svih registrovanih slučajeva, 37 osoba je umrlo. Ovo može biti i posljedica poboljšanog nadzora nad HIV-om i izmjene u načinu izvještavanja, jer je u Federaciji BiH utemeljena dobro strukturisana mreža lokalnih koordinatora, a zbog mogućnosti tretmana sve više osoba se svake godine testira na HIV. Strategija za borbu protiv HIV/AIDSa usvojena je na državnom nivou 2004. godine. Za implementaciju strategija za obje gore pomenute bolesti osigurana su dodatna sredstva preko Globalnog Fonda za borbu protiv tuberkuloze, AIDSa i malarije.

Pokrivenost imunizacijom DTP₃ u 2006. god. iznosila je 91%. U periodu 2002.-2006. godine vidljiv je pad morbiditeta svih vakcinama preventabilnih bolesti, osobito u dječjem uzrastu, i pored toga što se nije postizao zakonom obavezni minimum pokrivenosti imunizacijom (95%). Nepostizanje zakonom obaveznog minimuma je dijelom posljedica nesigurnih i nestabilnih izvora finansiranja programa obavezne imunizacije. Također, problem predstavlja neprijavlivanje djece pri rođenju, kao i prilikom migracija pojedinih kategorija stanovništva (npr. Romi).

Brojni su izazovi i prijetnje zdravlju stanovništva u aktuelnom momentu. Pored aktuelne socioekonomske situacije, postoje i brojne globalne prijetnje zdravlju - prirodne katastrofe (potresi, poplave, požari, globalno zatopljenje), nesreće (radiološko-hemijske, biološke i druge), te epidemije novih zaraznih oboljenja šire u regionu i u svijetu (SARS, ptičja gripa i druge).

3.3. POLITIČKO OKRUŽENJE

U Federaciji BiH, u skladu s Ustavom Federacije BiH, uspostavljen je decentraliziran sistem zdravstva koji podrazumijeva da se oblast zdravstva nalazi u podijeljenoj ovlasti između Federacije BiH i kantona.

U uvjetima decentralizovanog sistema zdravstva, Federaciji je namijenjena uloga kreatora federalne politike i zakona iz ove oblasti, ali uz konsenzus kantona, a kantonima je dodijeljena uloga implementatora utvrđenih politika i zakona, kao i većinskog finansijera zacrtanih pravaca. Međutim, u praksi vrlo često dolazi do neslaganja funkcija između federalnog i kantonalnih nivoa. Primijećeno je da pojedini kantonalni propisi iz oblasti zdravstva, nisu usaglašeni sa federalnim propisima, odnosno da u nekim slučajevima čak i suprotno uređuju ista pitanja. Nadalje, na nivou kantona često se sprovode kantonalne politike koje nisu usaglašene sa federalnim nivoom a da pri tom Federacija BiH nema mehanizama djelovanja prema nižim nivoima vlasti.

3.4. ZAKONSKO I REGULATORNO OKRUŽENJE

Dosadašnje usvojene politike i strategije u oblasti zdravstva bazirale su se prvenstveno na jačanju primarne zdravstvene zaštite, aktivnostima na jačanju prevencije u oblasti zdravstva, poboljšanju stanja javnog zdravstva i poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite, kao i reformi finansiranja. Međutim, reforma finansiranja nije pratila ostale reforme, te još uvijek nemamo jasne mehanizme

prikupljanja sredstava, alokacije resursa, kupovine i ugovaranja usluga, te alokacija resursa ide na štetu primarne zdravstvene zaštite. Generalno se može zaključiti da nakon usvajanja određene strategije i politike nedostaje finalni rezultat, a to je izmjena i dopuna legislative u toj oblasti, izrada i implementacija operativnih planova, kao i monitoring, evaluacija i izvještavanje o ovoj implementaciji. Poseban problem predstavljaju nedostatna finansijska sredstva za provođenje usvojenih strategija i politika.

Federacija Bosne i Hercegovine zakone iz oblasti zdravstva temelji na međunarodnim konvencijama, deklaracijama i sporazumima. Dva temeljna zakona koja regulišu ovu oblast su Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti uređuje načela, način organizacije i provedbe zdravstvene zaštite. Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja, koji se zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti građana.

U narednom periodu nužno je uskladiti zakonski okvir sa propisima EU koji smo preuzeli u postupku donošenja i potpisivanja Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju BH EU, saglasno Odluci o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva Bosne i Hercegovine sa ACQUIS COMMUNAUTAIRE ("Službeni glasnik BiH", broj: 44/03).

Treba naglasiti i to da entitetska ministarstva zdravstva učestvuju u pregovorima sa EU u dijelu koji se odnosi na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje u segmentu slobodnog kretanja lica. Međutim, i druga državna i entitetska ministarstva su zadužena za pregovore u ovoj oblasti, čime se povećava potreba za koordinacijom rada unutar Vijeća ministara BiH, ali i entitetskih vlada.

Ograničenja decentraliziranog sistema zdravstva u Federaciji BiH, bilo politička, bilo administrativna, bilo fiskalna, dovode u pitanje i finansijsku održivost sektora zdravstva u Federaciji BiH, te postavljaju pitanje neefikasnosti organizacionog modela u sektoru zdravstva i pružanju zdravstvenih usluga, ograničenje institucionalnih kapaciteta i institucionalnih fragmentacija, što uvjetuje i nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti.

Da bi zdravstveni sektor ostvario ciljeve i zahtjeve koji su postavljeni pred njega, neophodno je unaprijediti savjesno upravljanje na svim nivoima

3.5. EKONOMSKI RAZVOJ

Aktuelni tranzicioni momenat u BiH ima direktnog utjecaja na organizaciju zdravstvene zaštite, održivost zdravstvenog sistema i, konačno, na zdravstveno stanje stanovništva.

Procjenjuje se da je GDP u BiH negdje na oko tri četvrtine svog prijeratnog nivoa. Bruto društveni proizvod u 2006. godini u Federaciji BiH je iznosio 12.146.338 KM, a po stanovniku 4.269 KM. Broj zaposlenih je u 2006.god. bio 389.601 i pokazuje lagani porast. Broj nezaposlenih iznosio je 355.102 i dalje se povećavao u odnosu na prethodne godine. Na tržištu radne snage je i dalje prisutan problem sive ekonomije.

Povjerenje u valutu je visoko, o čemu svjedoči stalan rast depozita u domaćoj valuti. Uspješni sporazumi o prestrukturiranju su pomogli smanjenju vanjskog duga do održivog nivoa. Sa neto dohotkom kapitala koji prelazi deficit tekućeg računa, porasle su devizne rezerve, mada nešto sporijim tempom akumulacije nego ranije.

Iako su mjere makroekonomske politike u periodu 2001.-2005.god. omogućile da se stanje siromaštva ne pogoršava, te je zabilježen rast plata i penzija, broja zaposlenih, težina siromaštva je ostala veliki problem, te se nejednakost povećava. Posljednji dostupni podaci iz Ankete mjerenja životnog standarda (LSMS) su pokazali da oko 15% stanovništva FBiH ima standard ispod opće granice siromaštva, a još 30% građana su u opasnosti od padanja u siromaštvo. Najugroženije kategorije stanovništva su mladi, raseljene osobe, osobe u stanju socijalne potrebe, nezaposleni i umirovljenici sa niskim primanjima.

3.6. EKONOMSKI RAZVOJ I ZDRAVLJE

Odnos između ekonomskog razvoja i zdravlja se može okarakterizirati sa dva termina, a to su “ekonomija zdravlja” i “zdravlje ekonomije”. Perspektiva “ekonomije zdravlja” se fokusira na efekte slabog zdravlja i rane smrti na ekonomski razvoj, te na gubitak produktivnosti. Mnoge zemlje su primarno zabrinute za finansijske troškove zdravstvenih usluga i šema socijalne sigurnosti, prije nego za sveukupne troškove bolesti i rane smrti za društvo i pojedince. “Zdravlje ekonomskih strategija” bi se trebalo fokusirati na zdravstvene efekte raznih ekonomskih politika. Glavni kriterij za prosuđivanje zdravstvenih efekata ekonomskih politika je kako one utiču na vulnerabilne skupine.

Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti sa ekonomskim razvojem. Oba pomenuta procesa su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije. Socijalna oskudica, s ekonomskim nejednakostima i uvjetima stanovanja, rezultira nižom očekivanom dužinom života, i većom dojenačkom smrtnošću u nižim socijalnim klasama.

3.7. KOMPETICIJA SEKTORA

Zdravstveni sektor se ne nalazi u direktnoj kompeticiji za budžetska finansijska sredstva sa drugim sektorima obzirom da se najvećim dijelom finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ovaj način finansiranja daje relativnu sigurnost zdravstvenom sektoru u kompetitivnom okruženju korisnika sredstava javne potrošnje. Međutim, jednim manjim dijelom sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite, u skladu sa zakonima, se osiguravaju iz budžeta vlada na svim nivoima. U potraživanju tih sredstava zdravstveni sektor (npr. sufinansiranje federalnog fonda solidarnosti, sredstva za provedbu programa imunizacije, preventivnih programa, osiguravanje sredstava za određene kategorije osiguranika, itd.) se nalazi u nepovoljnoj kompeticiji sa drugim budžetskim korisnicima, što jednim dijelom doprinosi velikom procentu neosiguranih osoba, nedovoljnom provođenju promotivno-preventivnih programa, kao i ukupnoj finansijskoj nestabilnosti zdravstvenog sektora.

Ovakav položaj zdravstvenog sektora je rezultat neprepoznavanja od strane vlada sličnosti koncepta razvoja zdravlja sa ekonomskim razvojem i da su oba procesa rezultat aktivnosti, odnosno interaktivnosti koje uključuju sve sektore društva, kao i populaciju u cjelini.

3.8. SOCIOKULTUROLOŠKO OKRUŽENJE

Glavne determinante zdravlja koreliraju sa uvjetima življenja, faktorima okoliša, stilovima života i biološkim faktorima, kao što su starost, spol i nasljeđivanje. Tako npr. politika u oblasti stanovanja, poljoprivrede, edukacije, uvjeta rada, zapošljavanja, vode i sanitacije, transporta, fiskalnih propisa i socijalne skrbi, često ima veći utjecaj na zdravlje stanovništva nego zdravstveni sektor. Interesantan je podatak da se doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema - poboljšanju zdravlja stanovništva, procjenjuje na svega 10%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. Stoga je osobito važno naglasiti značaj intersektorske saradnje u zaštiti zdravlja stanovništva, koja bi se, saglasno Deklaraciji iz Otawe, trebala temeljiti na pet (5) oblasti za intervenciju, a to su: kreiranje zdravih javnih politika, kreiranje održivog okoliša, jačanje akcije zajednice, razvoj osobnih vještina u javnom zdravstvu i reorijentacija zdravstvenih usluga.

Istraživanja su pokazala da socijalna isključenost ("isključen" znači biti ostavljen izvan većinskog te biti uskraćen za socijalna, ekonomska i politička prava koja su osigurana drugima) i dalje predstavlja izuzetan problem, jer u pozadini ovog leže povećanje nejednakosti u dohotku, obrazovanju i zdravstvu. Prema istraživanju, svaki drugi stanovnik je na neki način socijalno isključen. Posebno su ugroženi raseljena lica, osobe sa invaliditetom, stari i mladi, jer su pod najvećim rizikom od siromaštva i nezaposlenosti, te imaju teškoće u pristupu javnim uslugama

3.9. OKOLIŠ

Od riziko faktora okoliša (zagađena voda i vazduh, otpadne materije, kontaminirana hrana, zagađeno zemljište, mine itd.) najveći javno-zdravstveni problem predstavlja nedovoljna kontrola vode za piće (posebno vode iz lokalnih objekata vodosnabdijevanja) i hrane, te neadekvatno uklanjanje otpadnih materija, naročito medicinskog otpada. Postojeća oprema i kadar su nedostatni za uvođenje kompletnog monitoringa navedenih riziko faktora okoliša u FBiH.

Iako Bosna i Hercegovina raspolaže značajnim vodnim bogatstvom, kvalitet vode za piće u pojedinim dijelovima Federacije BiH nije zadovoljavajući. Posljednja istraživanja (MICS3) pokazuju da je u FBiH 73,2% domaćinstava priključeno na centralni sistem vodosnabdijevanja (vodovodi), gdje se voda kontinuirano kontroliše na zdravstvenu ispravnost.

U nekoliko većih gradova u FBiH (Sarajevo, Tuzla, Zenica, Mostar) se vrši kontinuirana kontrola osnovnih parametara aerozagađenja. Od 2003. do 2006. godine, koncentracije SO₂ i NO₂ u ovim gradovima nisu prelazile visoke granične vrijednosti utvrđene Pravilnikom i godišnji prosjeci ovih polutanata su bili u granicama normi za urbane sredine. Međutim, u datom periodu koncentracije

dima u gradu Sarajevu višestruko su prelazile visoke granične vrijednosti (C_{98-60} mikrograma/ m^3).

Posebno je kritična oblast upravljanja opasnim otpadom i medicinskim otpadom, što su najozbiljnije prijetnje zdravlju. Otpad se prikuplja neselektivno, pa se često u komunalnom otpadu nalaze i pojedine kategorije industrijskog i medicinskog otpada. Zbog toga, odlaganje čvrstih i tečnih otpadnih materija predstavlja jedan od glavnih problema javnog zdravstva i zajednice u cjelini. Kada je u pitanju čvrsti otpad, najveći problem je njegovo nekontrolirano odlaganje i stvaranje «divljih» deponija.

Važan faktor rizika po zdravlje stanovništva u FBiH su mine zaostale iz ratnog perioda. Posljednji podaci pokazuju da je u toku 2005. godine od mina i neeksploziviranih ubojitih sredstava stradala ukupno 21 osoba (povrijeđeni i smrtno stradali).

Stanje sigurnosti saobraćaja na području Federacije BiH u 2006. godini karakterizira porast ukupnog broja saobraćajnih nezgoda (25.287), smanjenje broja poginulih i osoba teže ozlijeđenih, a porast broja osoba koje su lakše ozlijeđene u saobraćajnim nezgodama u odnosu na prethodne godine.

Sve navedeno ima utjecaja na zdravlje stanovništva i u nadležnosti je različitih sektora, te u cilju otklanjanja-umanjenja utjecaja ovih faktora na zdravlje stanovništva zahtjeva multisektorsko i koordinirano djelovanje.

4. SAŽETAK ANALIZE FUNKCIJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

4.1. SAVJESNO UPRAVLJANJE (ORGANIZACIJA I REGULATIVA)

Savjesno upravljanje zdravstvenim sektorom u Federaciji BiH podrazumijeva jasno utvrđivanje vizije i daljeg pravca razvoja zdravstvene politike, te s tim u vezi poduzimanje zakonodavnih, političkih, fiskalnih, stručnih i društvenih mjera koje trebaju osigurati optimalan stepen ostvarivanja prava pacijenata jednakomjerno u svim kantonima.

Stoga je neophodno pri definisanju politika i strategija odrediti minimum zajedničkih aktivnosti kako tijela vlasti, tako i ostalih učesnika u zdravstvu, uz poštovanje specifičnosti zdravstva svakog kantona, te postići konsenzus između Federacije BiH i kantona, oko istih.

Do sada, u domenu reorganizacije i racionalizacije mreže zdravstvene zaštite sa aspekta jasne i definisane podjele rada u organizaciji zdravstva nisu postignuti zadovoljavajući rezultati. Podjela rada u ustroju zdravstvenih ustanova po nivoima zdravstvene zaštite treba osigurati uspostavu jedinstvenog sistema zdravstva u Federaciji BiH, dostupnost svakog nivoa zdravstvene zaštite korisnicima zdravstvenih usluga; racionalnu i ekonomičnu podjelu rada u zdravstvu baziranu na principima funkcionalne, stručne i ekonomske povezanosti i međuzavisnosti svakog nivoa i vrste zdravstvene zaštite i zdravstvene

ustanove; otklanjanje dupliciranja postupaka u pružanju zdravstvenih usluga; razmještaj kapaciteta koji će obezbijediti racionalno korištenje medicinske opreme i kadrova, te otkloniti dupliciranje kapaciteta u razvoju zdravstva; što u konačnici znači postizanje racionalnije, efikasnije i kvalitetnije zdravstvene zaštite. Iz tog razloga treba uspostaviti jasne principe podjele rada u zdravstvu, koje je moguće finansirati, servisirati i dalje održavati.

Savjesno upravljanje u zdravstvu moguće je provesti samo u uvjetima stabilnog i finansijski održivog sistema zdravstva.

Velika slabost u poslovanju zdravstvenih ustanova jeste i nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti rukovodilaca, koji najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustva potrebna za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje bolnicama u tržišnim uvjetima. Funkcije kontrole i revizije u finansijskom poslovanju zdravstvenih ustanova zanemarene su i treba ih bitno ojačati.

Strateško upravljanje u zdravstvu podrazumijeva i upravljanje orijentirano na osiguravanje pružanja kvalitetne i sigurne zdravstvene usluge, koja će pružiti sigurnost kako pacijentima tako i zdravstvenim profesionalcima. Osim toga, sigurnost pacijenata i zdravstvenih profesionalaca može se promatrati i kroz prizmu utvrđivanja prava i obaveza ovih grupa u separatnim zakonima. Stoga je neophodno u narednom periodu separatnim Zakonom o zaštiti prava pacijenata urediti prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, način zaštite, kao i promociju tih prava. Svakom pacijentu mora biti zagantovano opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu, primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, a saglasno opće prihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, te u najboljem interesu pacijenta uz obavezno poštovanje njegovih ličnih stavova. Reguliranjem prava zdravstvenih profesionalaca separatnim zakonom utvrdili bi se vrsta i obim njihovih prava, kao i obaveze i odgovornosti.

4.2. FINANSIJSKI DIZAJN

4.2.1. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Finansiranje zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine zasnovano je na principu nekompetitivnog, regionalno utemeljenog sistema socijalnog zdravstvenog osiguranja. Ono čini jedinstven sistem u okviru kantona, gdje građani obaveznim ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti ostvaruju prava na zdravstvenu zaštitu.

Sredstva za finansiranje zdravstva se osiguravaju putem doprinosa za zdravstveno osiguranje iz plaća zaposlenika, iz doprinosa na plaće koje plaća poslodavac, doprinosa poljoprivrednika, za nezaposlene i druge kategorije. Iako Zakon poznaje i druge oblike finansiranja (budžet kantona, Federacije, donacija, prihoda zdravstvenih ustanova, participacije itd.), finansiranje iz doprinosa uglavnom je jedini i osnovni izvor prihoda zdravstva. Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja se ubiru u zavodima zdravstvenog osiguranja kantona i Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja.

Najveće učešće u strukturi prihoda (76% za 2006.godinu) imaju prihodi iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Sredstva iz budžeta u ukupno ostvarenim sredstvima učestvuju 3-4,5% i u 2006. godini bilježe pad od 26% u odnosu na 2005. godinu, odnosno 15% u odnosu na 2004. godinu. Dio sredstava se prikuplja i po osnovu participacije, koja nije finansijski značajna, jer je većina korisnika oslobođena participacije. Uz participaciju, neke zdravstvene usluge korisnici plaćaju i direktno, npr. za lijekove koji se ne izdaju na recept.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem se osiguranim licima osigurava pravo na korištenje zdravstvene zaštite. Pored obaveznog zdravstvenog osiguranja zakon poznaje i druge vidove osiguranja: prošireno i dobrovoljno, koji nisu u kompeticiji s obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Do sada nijedan kanton nije uveo prošireno zdravstveno osiguranje, niti je uvedeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

U 2002. godini, uspostavljen je fond solidarnosti, koji se finansira sa 9% iz kantonalnih obaveznih doprinosa, i u istom iznosu iz federalnog budžeta, što u prethodnim godinama nikad nije u potpunosti i realizirano. Iz tih sredstava se finansiraju prioritetni vertikalni programi zdravstvene zaštite od interesa za FBiH i prioritetni najsloženiji oblici zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti.

Zakonom su propisane osnovice i stope doprinosa na plaće i to 13% na neto plaću zaposlenika i 4% na teret poslodavaca na bruto plaću, a privremenom Odlukom Vlade Federacije BiH utvrđena je jedinstvena stopa za penzionere od 1,2%, što se primjenjuje u cijeloj Federaciji Bosne i Hercegovine. Međutim, stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje sa predviđenih 13% na neto plaću sada se smanjuje na 12,5%. U sklopu razmatranja Nacrta zakona o dobiti, Nacrta zakona o porezu na dohodak i Nacrta zakona o izmjenama i dopunama zakona o doprinosima, i u narednom periodu se može očekivati trend daljeg pada stope doprinosa za zdravstveno osiguranje s ciljem rasterećenja privrede i povećanja broja zaposlenih, što bi moglo ugroziti finansijsku stabilnost sektora zdravstva.

Ovome treba dodati činjenicu da smo upravo u javnom razmatranju dokumenata "Osnovni paket zdravstvenih prava" i "Racionalizacija zdravstvenih usluga". Finansijski izazov biti će osiguranje nedostajućih sredstava za jednakomjerno finansiranje osnovnog paketa zdravstvenih prava u svim kantonima odnosno ujednačenost zdravstvenog standarda osiguranika u svakom kantonu, u ovakvim uvjetima. Osim toga, predstoji obaveza osiguranja sredstva za implementiranje Kolektivnog ugovora za oblast zdravstva koji osigurava podjednak standard radnika uposlenih u zdravstvu u Federaciji BiH.

Za ostale kategorije osiguranika, kao što su nezaposleni, socijalno ugrožene kategorije, poljoprivrednici i druge kategorije, određivanje visina osnovica i stopa je u nadležnosti kantona, i neujednačena je. Ona ovisi o nizu faktora kao što su:

broj zaposlenih i visina prosječnih plaća, veličina populacije, struktura osiguranih lica itd. Doprinos za nezaposlene u većini kantona je utvrđen u paušalnom iznosu, ali visina iznosa paušala je različita, što je neopravdano, s obzirom da se doprinos za osiguranje od nezaposlenosti obračunava na plaće zaposlenih kod poslodavaca u istom procentu u cijeloj Federaciji Bosne i Hercegovine.

U prikupljanju prihoda značajan problem predstavlja siva ekonomija, izbjegavanje uplate doprinosa na plaće, neuplaćivanje doprinosa na punu plaću, smanjenje stopa odlukama vlada za određene kategorije osiguranika.

Treba istaći da je kontrola naplate doprinosa u nadležnosti Porezne uprave FBiH, a da zavodi zdravstvenog osiguranja nemaju mogućnost prinudne naplate doprinosa. Jedina mogućnost koja im stoji na raspolaganju je uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu onima kojima nije uplaćen doprinos.

U FBiH još uvijek imamo visok procenat neosiguranih osoba (16%). U strukturi osiguranih osoba trend je rasta broja osiguranika iz kategorija za koje se doprinosi uplaćuju u simboličnim iznosima (penzioneri i nezaposleni) u odnosu na zaposlene kod poslodavaca koji nose teret u obezbjeđivanju sredstava za zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pa se nameće pitanje do kada će zaposleni, odnosno njihovi poslodavci u ovakvim nesrazmjerima moći snositi teret zdravstvene solidarnosti, što je osnovno načelo uspostavljenog sistema zdravstvenog osiguranja.

U takvim uvjetima i trendovima postavlja se pitanje finansijske stabilnosti sektora zdravstva.

U narednom periodu u cilju konsolidacije sektora zdravstva, ali i povećanja obuhvata osiguranjem putem stimulacije kroz stope i osnovice doprinosa i druge pogodnosti za poslodavce, neophodno je poduzet i mjere sa ciljem poboljšanja naplate doprinosa, čemu bi doprinijelo uspostavljanje sistema registracije obveznika plaćanja doprinosa i kontrole naplate doprinosa, za cijelu Federaciju Bosne i Hercegovine, kako je to predloženo kroz SITAP. Nadalje, smatramo da se prikupljenim sredstvima po osnovu PDV-a treba subvencionirati zdravstvo. Također, neophodno je, kao što je to praksa u drugim zemljama, određen procenat iz akciza na cigarete i alkohol, a koji štetno utiču na zdravlje, usmjeriti za socijalno–zdravstvene programe.

Pored jačanja obaveznog zdravstvenog osiguranja iz kojeg treba finansirati osnovni paket prava, neophodno je razviti prošireno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Također, za finansijsku stabilnost fonda solidarnosti, te u cilju proširivanja podjele rizika između siromašnih i bogatih, Vlada Federacije BiH, u narednom periodu morala bi izvršavati zakonsku obavezu, odnosno uplaćivati puni iznos fondu solidarnosti za definisane programe.

4.2.2. RASPODJELA FINANSIJSKIH RESURSA I SISTEMI PLAĆANJA DAVALACA USLUGA

Prikupljanje i raspodjela sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno kupovina zdravstvenih usluga, je u nadležnosti kantonalnih zavoda.

Sistem ugovaranja i finansiranja obima pruženih zdravstvenih usluga je različit po kantonima. Većina kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja ugovara na osnovu godišnjeg budžeta zasnovanog na historijskom trošku koji je prenesen iz prethodnog perioda (za plaće i materijalne troškove). Iako je jednostavan i prihvatljiv model sa stanovišta planiranja i raspodjele, ne pruža mogućnost adekvatne kontrole u izvršenju obima i kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga. U isto vrijeme je destimulirajući za zdravstvene ustanove po pitanju racionalizacije. Jedan broj zavoda, finansiranje zdravstvene zaštite vrši na bazi programa definisanih saglasno standardima i normativima što omogućava jedan vid bolje kontrole. Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, vrši finansiranje na bazi programa zdravstvene zaštite odnosno po cijenama zdravstvenih usluga.

Finansiranje usluga zdravstvene zaštite, evidencije o ostvarenim rezultatima, sistemi kontrole, evaluacije i izvještavanja nisu ujednačeni, zbog čega se pokazatelji o ostvarenim rezultatima i uspješnosti u provođenju zdravstvene zaštite u pojedinim kantonima, a posebno u zdravstvenim ustanovama ne mogu adekvatno valorizirati i kontrolirati. Najveći nedostatak je nepostojanje potrošnje po kategorijama osiguranika, koja je veoma važna za utvrđivanje politika, kako u sferi međunarodnih ugovora, tako i u zemlji.

Prema podacima iz Obračuna sredstava za 2006. godinu ukupni troškovi iskazani u sektoru zdravstva iznose 1.004.403.211 KM, a od toga na javno zdravstveni sektor otpada 877.851.110 KM. U odnosu na prethodnu godinu zabilježen je rast potrošnje za 6%. U ukupnim rashodima troškovi zaposlenih u zdravstvu učestvuju sa 43%, a 26% odnosi se na troškove lijekova, a ostatak na sve ostale troškove.

U ukupnoj potrošnji iskazanoj po vidovima zdravstvene zaštite na primarnu zdravstvenu zaštitu se odnosi 15,8 %, lijekove na recept 10,7%, bolničku zdravstvenu zaštitu 31,6%, konsultativno-specijalističku 6,5%, liječenje u inostranstvu 0,8%, naknade plaća za bolovanje preko 42 dana 1,9%. Učešće izdvajanja za primarnu zdravstvenu zaštitu ima trend pada, dok istovremeno rastu troškovi bolničke zdravstvene zaštite, što je u suprotnosti sa dosadašnjim reformskim opredjeljenjima.

Ovdje treba istaći negativan efekat PDV u sektoru zdravstva, u 2006. i 2007. godini koji je evidentan i iskazan u negativnom finansijskom poslovanju zdravstvenih ustanova, ali i pojedinih fondova. Zdravstvene ustanove i ZZO, koji nisu poreski obveznici po Zakonu o porezu na dodanu vrijednost, nemaju prava na povrat sredstava PDV, na sve ono što je plaćeno uvećano za stopu PDV (cijena lijekova, potrošnog materijala, energenata, hrane i sl. uvećana za stopu PDV).

Prosječna ukupna potrošnja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osiguranom licu u Federaciji BiH u 2006. godini iznosila je 370 KM i veća je za 11% u odnosu na 2005. godinu. Posmatrano po kantonima vidljive su značajne

razlike tako da se prosječna potrošnja kreće od 251 KM u Srednje-bosanskom kantonu do 592 KM u Kantonu Sarajevo. Prosječna potrošnja lijekova na recept u 2006. godini iznosila je 55 KM i veća je za 22% u odnosu na 2005. godinu. Prosječna potrošnje lijekova na recept se kreće od 23 KM u Hercegovačko-neretvanskom kantonu do 118 KM u Kantonu Sarajevo.

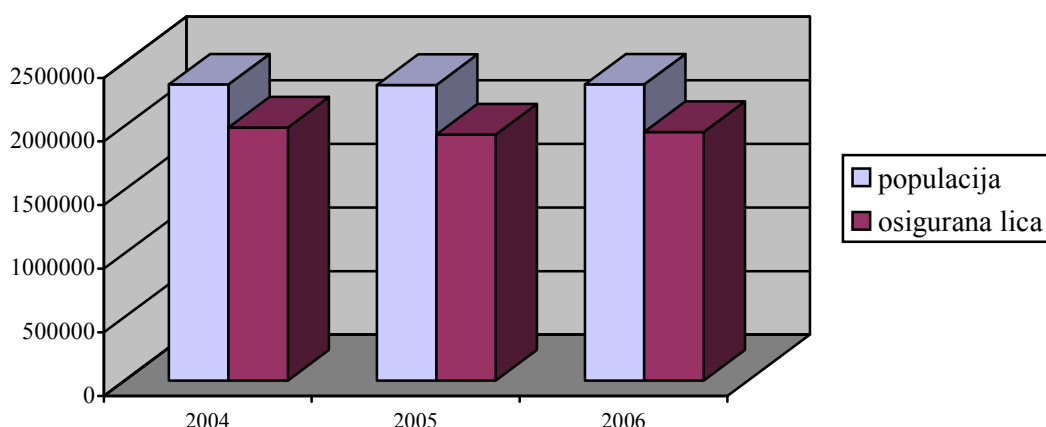
Ovi pokazatelji ukazuju na slabosti u sistemu upravljanja i korištenja zdravstvenim novcem u javnim zdravstvenim ustanovama. Stoga su u narednom periodu neophodne izmjene u načinu ugovaranja i finansiranja usluga uspostavljanjem jedinstvenih mjerila, te pri alokaciji resursa u skladu sa reformskim opredjeljenjima alocirati značajnija sredstva prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti, razviti ujednačen sistem kontrole, evaluacije i izvještavanja.

4.2.3. JEDNAKOST U PRISTUPU I POKRIVENOSTI ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

Jedan od važnih ciljeva zdravstvene politike jeste svakako osigurati jednakost, posmatranu kroz prizmu obuhvata i pravičnog finansiranja, zdravstvene zaštite osiguranika.

Po postojećim zakonskim rješenjima ne bi trebalo da postoji neosigurano stanovništvo, ali nažalost, zakoni se ne poštuju. U 2006. godini pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem u Federaciji BiH je iznosila 84%, ili 1.954.460 osiguranika i njihovih članova porodica. Ako to uporedimo sa ukupnim brojem stanovnika u F BiH (prema Federalnom zavodu za statistiku) 2.327.466, proizilazi da 373.006 stanovnika Federacije nisu osigurana i nemaju pristup u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu.

Na sljedećem grafiku je prikazan obuhvat zdravstvenim osiguranjem u periodu 2004.-2006 godina:



Posmatrano po kantonima razlike u obuhvatu zdravstvenim osiguranjem u 2006 godini kreću se od 63% u Hercegbosanskom kantonu do 93% u Kantonu Sarajevo.

Princip jednakosti i dostupnosti je narušen i u visini ostvarene potrošnje po osiguraniku kod ostvarivanja prava na zdravstvenu uslugu i prava za lijekove na recept na teret zdravstvenog osiguranja. Razlike u prosječnoj potrošnji lijekova na recept unutar kantona su izuzetno velike što se vidi iz priložene tabele (tabela 1):

R.br.	Kanton	2004.			2005.			2006.		
		Br.sig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu	Br.sig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu	Br.sig.lica	Pros. potrošnja iz ob. osig. po osig. licu	Pros. potr.na recept po osig.licu
1	Unsko-sanski	204.275	260	24	205.034	269	31	206.841	294	38
2	Posavski	30.758	385	23	30.984	355	24	31.286	375	27
3	Tuzlanski	433.216	274	35	445.555	327	38	446.830	323	56
4	Zeničko-dobojski	391.491	214	27	337.476	257	35	344.763	294	36
5	Bosansko-podrinjski	24.307	307	44	25.727	323	48	25.975	361	58
6	Srednjo-bosanski	223.151	199	20	220.757	212	21	212.399	251	25
7	Hercegov.-neretvanski	166.558	380	17	171.674	347	19	179.151	402	23
8	Zapadno-hercegovački	69.990	255	19	60.754	319	32	65.756	340	41
9	Sarajevski	398.172	490	87	387.600	508	98	389.715	592	118
10	Hercegbosanski	47.854	328	24	49.396	315	29	51.744	316	35
	UKUPNO FBiH	1.989.772	315	39	1.934.957	333	45	1.954.460	370	55

Pored obuhvata zdravstvenim osiguranjem, dostupnost zdravstvene zaštite, kao jedan od parametara jednakosti zavisi i od veličine teritorija pojedinih kantona, mreže zdravstvenih ustanova, stepena infrastrukturne razvijenosti i povezanosti teritorija i različito je od kantona do kantona, a kao što se vidi iz analize pružanja usluga prisutna je nejednakost i s ovog aspekta.

Vrijeme čekanja na pojedine usluge se ne može kvantitativno iskazati jer ne postoje evidencije o toj vrsti podataka, izuzev pojedinih programa federalnog fonda solidarnosti, koji se provode za cjelokupnu teritoriju Federacije BiH i za koje postoje liste čekanja, na bazi kojih se može utvrditi period čekanja na ostvarivanje zdravstvene usluge, mada se i one u potpunosti ne poštuju.

U cilju postizanja jednakosti u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Federalno ministarstvo zdravstva u okviru SITAP-a pokrenulo je aktivnosti vezane za izradu i "osnovnog paketa", a koji uključuje i esencijalnu listu lijekova, kao i ortopedsku pomagala.

Pored ranije predloženih mjera kojim bi se poboljšalo prikupljanje, raspodjela i kontrola finansijskih sredstava, te povećao obuhvat obaveznim zdravstvenim osiguranjem, neophodno je intenzivirati aktivnosti na usvajanju "osnovnog paketa" i definisanju finansijskih izvora za isti.

Nadalje, neophodno je u cilju poboljšanja jednakosti, kao i dostupnosti, definirati mrežu zdravstvenih ustanova, vodeći računa o specifičnostima svakog kantona, kao i uspostaviti mehanizme prenosa prava po osnovu zdravstvenog osiguranja između kantona i entiteta.

4.2.4. FINANCIJSKO-ZDRAVSTVENI INDIKATORI

R/B	INDIKATORI	2006.
1	<i>Stepen obuhvata zdravstvenim osiguranjem</i>	83,97%
2	<i>Ukupno ostvarena sredstva u zdravstvu F BiH</i>	999.606.049
3	<i>Ukupno ostvarena sredstva u zdravstvu po stanovniku</i>	429
4	<i>Ukupno ostvarena sredstva u zdravstvu po osiguranom licu</i>	511
5	<i>Ukupno ostvarena sredstva u obaveznom zdravstvenom osiguranju</i>	760.491.486
6	<i>Ukupno ostvarena sredstva u privatnom sektoru</i>	130.542.038
7	<i>Ukupna potrošnja u zdravstvu F BiH</i>	1.004.403.211
8	<i>Ukupna potrošnja u obaveznom zdravstvenom osiguranju</i>	739.414.016
9	<i>Ukupna potrošnja u privatnom sektoru</i>	126.552.101
10	<i>Ukupna zdravstvena potrošnja kao % GDP</i>	8,8%
11	<i>Ukupna zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika</i>	432
12	<i>Ukupna zdravstvena potrošnja po osiguranom licu</i>	514
13	<i>Potrošnja na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja kao % ukupne zdravstvene potrošnje</i>	73,6%
14	<i>Potrošnja u javnom sektoru kao % ukupne zdravstvene potrošnje</i>	90,6%
15	<i>Bolnička potrošnja koja se financira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kao % ukupne zdravstvene potrošnje</i>	31,6%
16	<i>Farmaceutska potrošnja kao % ukupne zdravstvene potrošnje</i>	25,4%
17	<i>Farmaceutska potrošnja po glavi stanovnika</i>	110
18	<i>Potrošnja lijekova na recept po osiguranom licu</i>	55
19	<i>Plaće i druga lična primanja u zdravstvenim ustanovama kao % ukupne zdravstvene potrošnje</i>	42,9%
20	<i>Amortizacija kao % ukupne zdravstvene potrošnje i dr.</i>	4,7%

4.3. GENERIRANJE RESURSA

4.3.1. LJUDSKI RESURSI

Ljudski resursi imaju centralnu ulogu u unapređenju sektora zdravstva i ključni su nosioci uspješne implementacije reforme zdravstvenih sistema. Postoje mnogi dokazi da broj, osposobljenost i kvaliteta zdravstvenih radnika, njihova regionalna distribucija koreliraju sa pozitivnim ishodima preživljavanja djece i majki, kardiovaskularnih bolesti, sa pokrivenošću imunizacijom, većim obuhvatom primarnom zdravstvenom zaštitom, itd. Također ne manje značajno

je da na ljudske resurse otpada i značajan dio budžeta koji se izdvaja za zdravstvo.

Zaposleni u zdravstvu u Federaciji BiH u 2005. i 2006.god Stopa na 100.000 stanovnika		
	2005.	2006.
Zdravstveni radnici	694	710
Zdravstveni saradnici	15	15
Administrativni i tehnički radnici	155	154
Pomoćni radnici	174	164
Ukupno zaposlenih	1038	1043

U Federaciji BiH u 2006. godini u zdravstvenom sektoru radilo je ukupno 24.273 radnika, što je 6,2% od ukupno zaposlenih u Federaciji. Od ukupno zaposlenih u sektoru zdravstva, 1/3 je administrativnog i pomoćno-tehničkog osoblja i njihovo učešće je veće u odnosu na zemlje u okruženju i pored njihovog smanjenja za 6% u odnosu na prethodnu godinu.

Tradicionalno su žene najbrojniji kadar zaposlen u sektoru zdravstva i one čine preko 2/3 svih uposlenih, ali prema dostupnim podacima, veoma malo ili nikako su zastupljene u upravljačkim strukturama zdravstvenih ustanova.

Zdravstveni radnici u FBiH u 2006 .godini stopa/100 000 stanovnika		
	Federacija BiH	Europski prosjek
Doktori medicine (ukupno)	167	261,2
Doktori opće prakse	22	102
Doktori stomatologije	25	40,8
Magistri farmacije	13	42,3
Zdravstveni tehničari	505	547,5

Od ukupnog broja doktora medicine većina (75,6%) su specijalisti raznih disciplina. U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti radi 50% svih doktora medicine što predstavlja povećanje za 6,5% u odnosu na 2005.god. Jedna trećina ukupnog broja doktora medicine radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti od čega su 65% specijalisti. Ovako visoki procenat specijalista u PZZ je rezultat organizacije primarne zdravstvene zaštite.

U Federaciji BiH radi 463 doktora stomatologije (23/100.000 stanovnika), 263 farmaceuta (stopa 13/100.000), 11.300 zdravstvenih tehničara (496/100 000 stanovnika).

Iz gornje tabele može se uočiti da u odnosu na europski prosjek značajno je manji broj zdravstvenih radnika na 100.000 stanovnika. Broj doktora stomatologije i magistara farmacije je niži jer se oni u pravilu opredjeljuju za rad

u privatnoj praksi, za koje se podaci još ne prikupljaju sistematski. Također, ovom doprinosi i manji broj studenata koji se upisuju na ove fakultete.

Podaci navedeni u tabeli o prosječnoj stopi zdravstvenih tehničara obuhvataju kadar svih profila sa srednjim, višim i visokim obrazovanjem (medicinske sestre/tehničare, akušerke/primalje, fizioterapeutske, laboratorijske, sanitarni, farmaceutski, zubni tehničari itd.) i ne daju pravi uvid o broju neposrednih izvršitelja zdravstvene njege (medicinske sestre/tehničari i akušerke).

Prisutna je geografska neujednačenost u distribuciji zdravstvenog kadra svih profila između kantona, unutar samih kantona, ruralnih i urbanih sredina, odnosno između ekonomski bogatijih i siromašnijih sredina. Npr. u primarnoj zdravstvenoj zaštiti najveći broj doktora medicine je prisutan u Kantonu Sarajevo, a najmanji u Unsko-sanskom kantonu. Ovo se može objasniti ne samo nedostatkom dobrog planiranja već i migracijom uvjetovanom ekonomskim stanjem u zemlji.

U zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine ne postoje uspostavljeni mehanizmi planiranja kadrova koji su formalni, permanentni i stabilni. Obzirom na Ustavno ustrojstvo FBiH koje rezultira decentralizacijom zdravstvenog sistema, ovi mehanizmi nedostaju na centralnom nivou (nivo Federacije) i na nivou kantonalnih administracija (kantonalne skupštine, vlade i ministarstva zdravstva). Planiranje se trenutno vrši na nivou zdravstvene ustanove i bazira se na stepenu opterećenja zdravstvenih radnika u pružanju usluga korisnicima/pacijentima.

Zbog nepostojanja jedinstvene evidencije o privatnoj praksi nisu dostupni relevantni podaci o broju zaposlenih u privatnom sektoru.

Komplicirani i različiti pristupi plaćanja pružatelja zdravstvenih usluga, hronično prisutan nedostatak finansijskih sredstava u zdravstvu uvjetuju dosta nizak nivo plaća zdravstvenih radnika u odnosu na neke druge profesije. Mnogobrojni su primjeri nezadovoljstva zdravstvenih radnika zbog niskog statusa u društvu, niskih plaća, loših uvjeta rada, radnog opterećenja i sve većih zahtjeva koje pred njih postavlja reforma.

4.3.1.1. EDUKACIJA MEDICINSKOG KADRA

Demografske i epidemiološke promjene, uvođenje novih tehnologija, promjene u očekivanju korisnika, promjene u političkom i ekonomskom okruženju, globalizacija, ekonomska ograničenja, evropske integracije i proširenje su izazovi s kojim se susreću zdravstvene službe u Europi pa tako i u FBiH. U vezi s tim, obrazovanje zdravstvenih radnika treba posmatrati kao dinamičan proces, koji treba stalno unaprjeđivati i prilagođavati promjenama. Na ovom planu najznačajniji pomak je učinjen u obrazovanju doktora i sestara u obiteljskoj medicini.

Dodiplomske, postdiplomske nastavne planove i programe u školama/fakultetima koji su uglavnom, preuzeti iz prethodnog perioda neophodno je što prije uskladiti sa reformskim opredjeljenjima i potrebama zdravstvenog sistema, te ih harmonizirati sa EU standardima koji uključuju preporuke SZO, zahtjevima EU da se olakša mobilnost radne snage i Bolonjskim procesom.

Dosadašnja slaba saradnja između sektora zdravstva, obrazovanja, tržišta rada usporava reformske procese. U narednom periodu neophodno je uspostaviti mehanizme koordinacije i tješnje saradnje među ovim sektorima u cilju osiguranja odgovarajućeg broja kvalitetnog kadra.

S evoluiranjem sistema zdravstvene zaštite, organiziranje i upravljanje zdravstvenom zaštitom postalo je sve više specijalizirana oblast koja zahtijeva specifično, dodatno usavršavanje. Sve analize ukazuju na nedovoljnu razvijenost i osposobljenost kapaciteta za zdravstveni menadžment koji nisu u mogućnosti da se nose sa izazovima i zahtjevima koji proizilaze iz reforme zdravstvenog sektora. Ove vještine je neophodno poboljšati u svim oblastima sektora i na svim nivoima zdravstvene zaštite, uključujući sve profile zdravstvenog kadra. Pri Zavodu za javno zdravstvo FBiH, u okviru Projekta Osnovno zdravstvo, uspostavljen je Centar za menadžment u zdravstvu koji je sproveo edukaciju jednog broja zdravstvenih rukovodilaca po međunarodnim konceptima i praksama. Međutim, nakon završetka projekta, aktivnosti u Centru su stale, pa je u narednom periodu neophodno uspostaviti njegov kontinuirani rad.

4.3.1.2. KONTINUIRANO OBRAZOVANJE

Izmijenjeni zahtjevi zdravstvenog sistema postavljaju nove izazove pred zdravstvene radnike koji zahtijevaju njihovo stalno usavršavanje. U skladu s pozitivnim zakonskim propisima stručno usavršavanje radi održavanja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite je pravo i obaveza svih zdravstvenih radnika, ali je i obaveza poslodavca da im omogući dalje usavršavanje. Nažalost, kod nas još uvijek ne postoji jedinstven pristup kontinuiranom medicinskom obrazovanju, niti je definisan trajni profesionalni razvoj ("cijeloživotno učenje"). Trenutno se kontinuirano obrazovanje sprovodi putem stručnih predavanja, kurseva, seminara, čiji sadržaj danas, uglavnom, diktiraju farmaceutske kuće. Nivo, dostupnost i kvalitet dodatne edukacije se razlikuju od mjesta do mjesta, ali se mora konstatirati da se ove aktivnosti još uvijek nedovoljno sprovode. Komore i udruženja zdravstvenih radnika bi trebale biti značajni inicijatori sprovedbe kontinuiranog obrazovanja. Zbog toga, u narednom periodu je neophodno definirati trajni profesionalni razvoj, odrediti nosioce ovih aktivnosti, te identificirati prioritetne programe edukacije za sve zdravstvene profesionalce.

4.3.1.3. LICENCIRANJE I REGULACIJA

Iako je zakonska obaveza da se svi zdravstveni radnici udružuju u komore, kao strukovna udruženja, do danas u Federaciji BiH, u svim kantonima iste nisu uspostavljene.

Jedan od zadataka svih komora je da provedu licenciranje i relicenciranje, koje bi se trebalo zasnivati na dogovorenim kriterijima. Relicenciranje za liječnike, stomatologe i medicinske sestre je uspostavljeno u samo nekoliko od ukupno deset kantona i to na osnovu kontinuirane medicinske edukacije, ali bez ikakve zvanične koordinacije na federalnom nivou. Prisutne su razlike u licenciranju i obnovi licence između profesija i između kantona, što još više podcrtava kompletnu nesređenost u ovoj važnoj oblasti.

Zvanični etički kodeksi pojedinih profesionalnih komora u Federaciji BiH, kao izraz staleške samoregulacije, ne prate dovoljno razvoj nauke i struke, nedovoljno ili nikako ne tretiraju, npr. pitanja medicinske greške, pitanja autonomije pacijenta, itd. S ovim u vezi neophodno je inovirati etičke kodekse liječničke profesije i definirati vrijednosti dobre liječničke prakse.

Ograničena kultura samoregulacije medicinske profesije i neizgrađene institucionalne strukture u FBiH, o čemu svjedoči nedovoljan broj profesionalnih komora, njihova neuvezanost i nejedinstvo, glavni su razlog za nejednako rješavanje pitanja regulacije medicinske profesije.

4.3.1.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Iako reforme u sektoru zdravstva traju duži period, razvoj sestrinstva i akušerstva/primaljstva neznatno da je i počeo. Tradicionalno, sestrinstvo i akušerstvo/primaljstvo su podređeni medicini i nisu u mogućnosti razviti vlastiti potencijal do nivoa potrebnog za modernu zdravstvenu praksu. Također, ozbiljna prepreka u razvoju ove profesije je nepriznavanje medicinskih sestara i akušerki/primalja kao potpuno funkcionalnih, samostalnih profesionalaca, koje nemaju dovoljno autoriteta. Njihov javni imidž je generalno slab ali se popravlja. Zajedničko učenje sa drugim profesionalcima je minimalno. Plate su skoro uvijek ispod nacionalnog prosjeka, a izgledi u karijeri su slabi.

Polazeći od naprijed navedenog uz pomoć WHO i EU izrađen je Akcioni plan za medicinske sestre i akušerke u BiH koji je usvojila Vlada FBiH kao i Vijeće ministara, a koji treba da doprinese afirmaciji sestrinske profesije. Mjere predložene u ovom planu trebaju biti prioritet u radu ovog ministarstva.

I pored toga što je prepoznat značaj ljudskih resursa u sektoru zdravstva, nisu učinjeni značajniji pomaci. Stoga je u narednom periodu potrebno jačati funkciju planiranja ljudskih resursa na svim nivoima, uspostaviti mehanizme koordinacije u prvom redu između sektora zdravstva, obrazovanja i tržišta rada.

4.3.2. FARMACEUTSKI SEKTOR

Lijekovi su vrlo važan segment našeg i svakog drugog zdravstvenog sistema, ne samo radi liječenja bolesti nego i radi visoke potrošnje raspoloživih sredstava u zdravstvu na lijekove. Danas u zemljama zapadne Europe gdje je uglavnom definisana politika i strategija u oblasti lijekova na lijekove se troši 15% od ukupnih sredstava u zdravstvu, u našoj zemlji taj procenat potrošnje se kreće i do 22%. Analiza stanja uglavnom pokazuje da se često troše ogromna finansijska sredstva na lijekove koji ustvari i nemaju odgovarajuću terapeutsku vrijednost, tako da je u sektoru lijekova, kao i u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite u FBiH potrebna reforma.

Dosadašnje analize ukazuju na potrebu primjene koncepta racionalne upotrebe lijekova koji podrazumijeva pravilnu upotrebu lijekova, smanjenje prekomjernog propisivanja lijekova, propisivanje lijekova nedokazane djelotvornosti ili propisivanje djelotvornih lijekova za pogrešne indikacije. Posljedice su izostajanje

učinaka liječenja, izlaganje ljudi rizicima štetnog djelovanja lijekova i rasipanje oskudnih sredstava.

Koncept esencijalnih lijekova preporučila je Svjetska zdravstvena organizacija u nastojanjima da se iznađu mehanizmi za što ravnopravniju dostupnost osnovnih lijekova stanovništvu. Uvršteni lijekovi trebaju osigurati liječenje najčešćih oboljenja koja pogađaju većinu stanovništva, ovi lijekovi trebaju biti dostupni u svako vrijeme u odgovarajućim količinama. Vlada FBiH je sredinom 2000. godine donijela Odluku o prihvatanju liste esencijalnih lijekova kao pozitivne liste fondova zdravstvenog osiguranja. Međutim, dostupnost lijekova sa ove liste nije jednaka u svim kantonima zbog nemogućnosti njenog finansiranja. Trenutno je na snazi Esencijalna lista iz 2005. godine, koja sadrži oko 200 generičkih naziva. U pripremi je revizija esencijalne liste, koja će biti sastavni dio osnovnog paketa. U kantonalnim bolnicama bolničke komisije predlažu listu bolničkih lijekova i prate njihovu upotrebu.

Sistem osiguranja kvalitete lijekova kao nezaobilazan segment obuhvaća: procjene standarda kvalitete lijekova prilikom registracije, rad državne laboratorije za kontrolu kvaliteta lijekova, davanje odobrenja za rad proizvođača, promotnika i apoteka, učinkovitu farmaceutsku inspekciju i povlačenje neispravnih lijekova iz prometa. Neophodna je primjena proizvodnih (DPO), farmaceutskih (DFO), laboratorijskih (DLO) i kliničkih (DKO) "dobrih običaja".

Uz međunarodnu pomoć 2000. godine završena je rekonstrukcija prostora i nabavka savremene opreme za Zavod za kontrolu lijekova FBiH koji je na raspolaganju za kontrolu lijekova za potrebe oba entiteta. Zavod za kontrolu lijekova treba da omogući pouzdanu kontrolu lijekova prije puštanja u promet, kontrolu preparata već prisutnih na tržištu kao i kontrolu kvaliteta domaćih proizvoda. BiH neće raditi na nacionalnoj farmakopeji već će se koristiti Europska, ovo opredjeljenje je predviđeno Zakonom o lijekovima.

Zaključno sa prvim polugodištem 2007. godine, u Federaciji je ukupno registrovano 580 lijekova prema INN; (radi poređenja, u Hrvatskoj prema Registru broj: 50/2007 takvih lijekova ima 677), 1030 lijekova prema proizvođačkim nazivima, i 2170 lijekova prema oblicima, jačinama i pakovanjima. Procjenjuje se da je do sada registrovano preko 90% naše materije medike.

Potrebno je obezbjediti da farmaceutska inspekcija ima jak sastav, da je dobro organizirana i da strogo poštuje pravila i propise. Kako su trenutno u FBiH nadzor nad lijekovima i farmaceutska inspekcija nedostatni, potrebno je stanje popraviti.

Dodiplomsko **obrazovanje ljekara i farmaceuta** iz farmakoterapije je nedovoljno, potrebna je revizija nastavnih planova i programa za studente u skladu sa nacionalnom politikom prema lijekovima. I javnost mora biti pravilno informisana o pravilnoj upotrebi lijekova kao i o rizicima i štetnim posljedicama u slučaju pogrešne upotrebe.

Propisivanje, izdavanje i upotreba lijekova mora biti podvrgnuta **monitoringu i evaluaciji**. Treba ukazivati na lijekove sa čestim nuspojavama, kao i na

zdravstvene ustanove i ljekare koji prednjače u neracionalnoj farmakoterapiji, ako postoji generički ekvivalent iste djelotvornosti treba odabrati najjeftiniji lijek. Za skuplje lijekove treba se opredijeliti samo u slučaju ako ukupni troškovi zdravstvene zaštite postaju niži (kraća hospitalizacija, sprječavanje komplikacije bolesti, izostanak nuspojava, kraći period bolovanja).

Neophodno ubrzati proces osnivanje **Centra za lijekove** u FBiH koji bi prikupljao i analizirao najnovije informacije o lijekovima koje bi trebale biti dostupne svim zdravstvenim radnicima kao i pacijentima. Osigurati mjesto gdje bi se prijavljivale sve neželjene reakcije na lijekove, reakcije u toku samog liječenja, u toku provođenja kliničkih studija, kao i vršenje procjene Periodičnih izvještaja o neželjenim reakcijama lijekova u postmarketinškom periodu dostavljenom u skladu s propisima od strane odgovornih lica za farmakovigilancu proizvođača lijekova.

Smanjenje ovisnosti zemlje o uvozu i finansijske uštede nalaže davanje potpore domaćoj proizvodnji lijekova. Međutim, pouzdan sistem kontrole kvalitete morat će osigurati europske standarde u proizvodnji lijekova, a ekonomičan ljudski potencijal pridonijeti održanju domaće farmaceutske industrije.

Dio asortimana lijekova iz inostranstva treba da bude registriran u FBiH da bi uvoz bio pod nadzorom nadležnih organa. Time se sprječava svaka isporuka lijekova sumnjivog porijekla. Vitalne grupe lijekova nabavljaju se putem natječaja. Jedinствен zakon za čitavu teritoriju BiH uspostavio bi bolju kontrolu prometa lijekova na tržištu.

U oblasti donošenja zakonskih akata o lijekovima treba istaći da propisi o lijekovima moraju osigurati dobru kvalitetu, sigurnost i djelotvornost farmaceutskih proizvoda i regulisati njihovu pristupačnost i distribuciju. Za pridruživanje Bosne i Hercegovine EU, donošenje Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima, za BiH je prioritet. Zakon prvenstveno treba donijeti Bosni i Hercegovini savremeno zakonodavstvo o lijekovima i kraj dupliciranja regulatorne procedure u ovako maloj zemlji. Jedinствен zakon za Bosnu i Hercegovinu bio bi i konačni kraj neuređenom tržištu lijekova u BiH. Zakon je pripremljen i čeka na usvajanje.

4.3.3. TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVU

U poslijeratnom periodu velika sredstva su uložena na fizičku rekonstrukciju i opremanje zdravstvenih ustanova kako kroz donatorska sredstva, kreditna ulaganja, tako i iz sredstva budžeta Federacije Bosne i Hercegovine, kantona i općina.

U skladu sa reformskim opredjeljenjima većina projekata je bila fokusirana na jačanje primarne zdravstvene zaštite, što je podrazumijevalo značajna ulaganja u rekonstrukciju, adaptaciju i opremanje domova zdravlja i pripadajućih područnih ambulanti, uključujući i Centre za mentalnu i fizikalnu rehabilitaciju, te je postignuto unaprijeđenje dijagnostičko- laboratorijske opreme na primarnom nivou zdravstvene zaštite. U okviru Projekta jačanja zdravstvenog sektora nastavlja se adaptacija i opremanje ambulanti porodične medicine. Procjenjuje

se da bi se ovim ulaganjima tehnološko okruženje primarne zdravstvene zaštite dovelo na zadovoljavajući nivo.

Što se stomatoloških službi tiče, generalno gledajući, stomatološka oprema je u vrlo lošem stanju, značajno amortizovana i prevaziđena. Izuzev sporadičnih donacija i vlastitih rijetkih ulaganja od strane domova zdravlja, vrlo slabo se ulagalo u ove službe u okviru domova zdravlja. Jedan od razloga slabijeg investiranja u stomatološku opremu i infrastrukturu je opredjeljenje predloženo u ranijim strateškim planovima da ove službe budu među prvima koje će proći proces privatizacije.

Za razliku od primarne zdravstvene zaštite, bolnički sektor je kroz donatorska i kreditna sredstva uspio zamijeniti tek manji dio amortizovane opreme. Najveća ulaganja su bila u oblasti radiologije, laboratorijske dijagnostike, ortopedsko-rekonstruktivne hirurgije i ginekologije. Potrebno je da se ubrzano krene u obnovu opremanja svih bolnica u FBiH. Za ovo je neophodno da se naprave jasni planovi razvoja.

Procjena laboratorijske mreže za nadzor nad zaraznim oboljenjima provedena u sklopu projekta EU/WHO 2005. godine ukazala je na glavne slabosti mikrobioloških laboratorija: objekte često treba renovirati, a potrebno je obezbijediti sigurno snabdijevanje vodom i strujom, oprema često nedostaje, ili je zastarjela i potrebno ju je održavati. Ne primjenjuju se mehanizmi sistematske kontrole kvaliteta u laboratoriji, niti obezbjeđivanje kvaliteta, a standardi biološke zaštite nedostaju, uključujući postupke zaštite, dokumentaciju o biološkoj zaštiti i sigurne kabinete. Ne postoje formalni programi obuke osoblja u svrhu usavršavanja vještina i znanja niti postoji izvještavanje vanjskih institucija/odgovornih u zdravstvu o rezultatima. Ne postoje specifični postupci u slučaju epidemije, a ponekad ni sanitetska sredstva. Nadzire se mali broj laboratorija, a one rade izolovano (ne postoji stvarna mreža, osim u slučaju TBC laboratorija).

Iz ovih razloga u narednom periodu laboratorije treba renovirati i opremiti, a posebnu pažnju posvetiti standardima biološke zaštite, osigurati pisane postupke kod biološke zaštite, analize koje vrše i izvještavanje rezultata i osigurati sistematsku kontrolu kvaliteta.

Podaci pokazuju da je u 2006. godini **stepen otpisanosti** medicinske opreme bio 76,3%. Od ukupno ostvarenih rashoda, 3% se odnosilo na kapitalna ulaganja, a na troškove amortizacije 4,72%, što je manje u odnosu na 2005. godinu. Izdaci za kapitalna ulaganja u zdravstvenim ustanovama nisu usklađeni sa stvarnim potrebama iskazanim kroz stopu otpisanosti opreme što direktno utiče na sigurnost i kvalitetu zdravstvenih usluga. Stanje je povoljnije u bogatijim kantonima gdje su veće mogućnosti za ulaganja u opremu.

Važno je napomenuti da nema zakonske regulacije za održavanje, odnosno servisiranje medicinske opreme kao i da ne postoje pravila standardizacije opreme, što opet direktno utiče na kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite.

4.3.4. INFORMACIONE TEHNOLOGIJE

Teško je očekivati da se reforma zdravstvenog sistema uopšte može provesti bez pomoći kvalitetnog zdravstvenog informacionog sistema.

Opremanje zdravstvenih ustanova informatičkom opremom (hardware i software) još uvijek je stihijsko i prepušteno željama i znanju pojedinaca. Razvijenost kantona i sredstva koje oni mogu obezbjediti su odlučujući faktor za nabavku opreme, ne prateći potrebe cjelokupnog zdravstvenog sistema. Tome treba dodati da je veliki dio ove opreme dobiven putem donacija i da se zbog toga nije moglo uticati na standardizaciju opreme čak ni na nivou iste zdravstvene ustanove.

U mnogim medicinskim ustanovama u funkciji su pojedine vrste opreme (CT, MRI, rendgeni, razne vrste analizatora) koji autonomno mogu obrađivati parametre za koje su namijenjeni, ali zbog toga što nisu povezani u jedinstveni informacijski sistem ustanove, gube prednosti koje sistem pruža (distribucija podataka u ustanovi, čuvanje podataka u bazama podataka, korištenje podataka i informacija za naučni rad, itd.). U pojedinim zdravstvenim ustanovama i ambulancama postoje lokalni programi organizirani na raznim tipovima baza podataka koji se pretežno koriste za praćenje ekonomskih parametara ili podataka za zdravstveno osiguranje, a manje ili nikako u medicinske i zdravstvene svrhe.

Kao osnovni preduvjeti za povezanost, adekvatnu i blagovremenu razmjenu informacija neophodno je postojanje baza podataka i znanja na svim nivoima zdravstvenog sektora podržanih odgovarajućom informatičkom i informacionom strukturom. To podrazumijeva vertikalnu i horizontalnu razmjenu podataka i informacija svih sudionika u zdravstvenom sektoru, donošenje zakonskih propisa u oblasti statističkog izvještavanja u zdravstvu, zakona o zaštiti podataka pacijenta itd.

Federalno ministarstvo zdravstva je već pokrenulo aktivnosti kroz Projekat racionalizacija zdravstvenih usluga (SITAP), na izradi baze podataka za bolnički sektor. Iste aktivnosti su u toku i za primarni nivo zdravstvene zaštite. Sve ovo će biti od značaja za praćenje, nadzor i planiranje u sektoru zdravstva.

4.4. PRUŽANJE USLUGA

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena zaštita se organizira i provodi na nivou primarne, specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, prema načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa, bez obzira na starost, pol, vjersku pripadnost.

4.4.1. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Jedna od temeljnih odrednica reforme zdravstva u FBiH je jačanje primarne zdravstvene zaštite sa fokusom na promociju zdravlja i prevenciju oboljenja.

Usluge primarne zdravstvene zaštite se pružaju kroz 79 domova zdravlja sa pripadajućim područnim ambulantama.

Rezultati istraživanja su pokazali da je udaljenost mjesta stanovanja do najbliže ambulante PZZ-e kod polovine stanovništva Federacije BiH (54%) manja od 1.500 m, kod jedne četvrtine (24%) ova udaljenost je između 1.500 i 5.000 m, dok jedna petina stanovništva (22%) stanuje na udaljenosti većoj od 5.000 m od prve ambulante. Ovo ukazuje na prisutnu nejednakost u geografskoj dostupnosti primarne zdravstvene zaštite stanovništva Federacije BiH.

U 2006.godini jedna trećina od ukupnog broja doktora medicine u Federaciji BiH je pružalo usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, od čega su 65% bili specijalisti. Po jednom doktoru medicine u FBiH je u prosjeku bilo 1.782 stanovnika i u prosjeku su ostvarene 24 posjete dnevno.

U odnosu na prve posjete je čak 75,2% pacijenata upućeno specijalisti. Ovako veliki procenat uputnica specijalisti je u suprotnosti sa strateškim opredjeljenjem razvoja primarne zdravstvene zaštite. U odnosu na prve posjete učešće preventivnih usluga je bilo 31,3%, a prema standardima i normativima primarne zdravstvene zaštite, 40% radnog vremena treba da čine preventivne usluge.

Bez obzira na službeno proklamirana jednaka zakonska prava, postoje značajne razlike između urbanih i ruralnih područja u smislu obuhvata i dostupnosti stomatološke zaštite, sa izrazito slabom dostupnošću u ruralnim područjima. Primjetno je i nejednako raspoređivanje timova u odnosu na broj stanovnika.

I pored značajnih zdravstvenih projekata koji su provedeni ili se još uvijek provode u FBiH i koji su najvećim dijelom fokusirani na razvoj porodične/obiteljske medicine i njene infrastrukture, još uvijek su prisutne razlike u osiguranoosti stanovništva timovima primarne zdravstvene zaštite po kantonima. Tako je najveći broj doktora medicine prisutan u Kantonu Sarajevo (86/100.000), a najmanji u Unsko-sanskom kantonu (35/100.000).

U postkonfliktnom i tranzicijskom periodu krenulo se u reformu mentalnog zdravlja koja je orijentirana na rehabilitaciju u zajednici. U skladu s tim uspostavljeni su centri za mentalno zdravlje u zajednici. Također zbog postojećih potreba uspostavljeni su centri za fizikalnu rehabilitaciju u zajednici. Zakonom nije jasno definisana njihova uloga, što predstavlja prijetnju da ove službe izgube prvobitnu namjenu djelovanja u zajednici i pretvore se u psihijatrijske službe i ordinacije za fizikalnu terapiju. Da bi ovi centri mogli odgovoriti zahtjevima i potrebama stanovništva koje su svakodnevno sve veće, potrebno je kroz izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti i donošenjem odgovarajućih podzakonskih propisa redefinirati njihovu ulogu.

Također, zakonom je omogućeno da se u sklopu doma zdravlja može, iznimno, formirati porodilište i stacionar za privremeni smještaj bolesnika. Njihovo mjesto se trebati redefinirati u budućnosti, u skladu sa Strategijom primarne zdravstvene zaštite i racionalizacijom mreže bolničkih ustanova vodeći se pri tome geografskim karakteristikama određenog područja, te potrebama i zahtjevima stanovništva.

Krajem 2006. godine Vlada Federacije BiH usvojila je Strategiju primarne zdravstvene zaštite koja je orijentirana na razvoj obiteljske medicine i službi u zajednici. Prema ovom strateškom dokumentu, ključne službe, pored porodične/obiteljske medicine u zajednici čine: službe za majku i dijete, centri za mentalno zdravlje, centri za fizikalnu rehabilitaciju, polivalentna zubozdravstvena zaštita, sestre u zajednici, laboratorij, RTG dijagnostika, hitna medicinska služba i druge službe u zajednici koje bi bile definisane na osnovu potreba stanovništva, a na osnovu mišljenja zavoda za javno zdravstvo i zavoda zdravstvenog osiguranja.

4.4.2. SPECIJALISTIČKO - KONSULTATIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti specijalističko konsultativna zdravstvena zaštita pruža se u poliklinikama, bolnicama kao i domovima zdravlja. Domovi zdravlja mogu organizirati ovu djelatnost ako to zahtijevaju posebne potrebe, s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežalo provođenje te zaštite. Međutim, ova mogućnost koju je dao Zakon je široko korištena, često i nekritično, što je dovelo do hipertrofije specijalističko-konsultativne službe u domovima zdravlja, djelomično kao rezultat naslijeđenih okolnosti, a djelomično i kao rezultat lošeg menadžmenta.

S druge strane nepostojanje finansijske stimulacije prilikom kupovine usluga za liječnike porodične medicine uslovalo je nesrazmjer broja liječnika u porodičnoj medicini i liječnika specijalista u drugim službama i destimulisalo opredjeljenja za izbor specijalizacije porodične medicine. Stoga je neophodno da se što prije primjene novi mehanizmi plaćanja i posebno stimulacije, kako zdravstvenih profesionalaca na nivou PZZ, tako i na drugim nivoima zdravstvene zaštite.

4.4.3. BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Stanovništvo Federacije BiH je bolničku zdravstvenu zaštitu u 2006. godini ostvarivalo u ukupno 24 bolničke ustanove (opće i kantonalne bolnice, klinička bolnica, klinički centri, specijalne bolnice, lječilišta, medicinski centri) u kojima je radilo oko 50% svih doktora medicine, 44% svih zdravstvenih tehničara.

	EU*	FBiH
Bolnice (na 100 000 stan)	2,6	1
Bolnički postelje	643,7	350
Godišnji prijemi (na 100 stan)	20,8	9,6
Prosječna dužina ležanja	8,3 dana	9,2dana

*Podaci SZO, baza podataka HFA, za zemlje članice EU do 2007. godine

Federacija BiH ima značajno manji broj bolnica na broj stanovnika u odnosu na neke evropske zemlje. Postoji geografska neujednačenost u distribuciji bolnica po kantonima, sa značajnim razlikama u broju postelja na broj stanovnika.

Od 1998. godine u Federaciji BiH se bilježi smanjenje broja bolničkih postelja sa 4,0/1000 stanovnika na 3,5/1000 stanovnika u 2006. godini, što je u skladu sa dosadašnjim našim reformama kao i trendovima u Evropi. Međutim i dalje su prisutne velike razlike u broju postelja po kantonima. Tako Sarajevski (5,6/1000 stanovnika) i Srednje-bosanski (5,1/1000 stanovnika) kanton imaju znatno veći broj postelja u odnosu na ostale kantone, a Zapadno-hercegovački nema bolničke postelje.

Korištenje bolničke zaštite ne pokazuje promjene u odnosu na prethodne godine. Tako je stopa zauzetosti postelja, u 2006. godini u Federaciji BiH iznosila 69,4%. Posmatrano prema nivoima bolnica, zauzetost postelja je najveća u kliničkim centrima, koji pružaju najsloženiji nivo bolničke zaštite (75,8%), dok je najniža zauzetost postelja zabilježena u medicinskim centrima (52,9%). Niska stopa zauzetosti je nezadovoljavajuća s aspekta efikasnosti.

Stopa prijema u bolnicu je izuzetno niska u poređenju sa zemljama EU, te je iznosila za isti period 9,6 na 100 stanovnika.

Ovako nedovoljna iskorištenost postelja nije odraz stanja zdravlja stanovništva, nego više drugih nepovoljnih faktora, kao što su visoko učešće pacijenata u troškovima liječenja, nezadovoljavajući obim usluga u pojedinim bolnicama, kao i geografska nedostupnost bolničkih postelja u pojedinim dijelovima FBiH.

Prosječna dužina ležanja za isti period je bila 9,2 dana, a prema nivoima bolnica se u odnosu na prethodne godine također nije značajnije mijenjala. Tako je i u 2006. godini najmanja dužina ležanja registrirana u općim bolnicama (8,1 dana), a najveća u specijalnim bolnicama (25,8 dana), u okviru kojih se pruža zaštita psihijatrijskim bolesnicima i oboljelim od hroničnih plućnih bolesti i TBC.

Nepostizanje skraćivanja dužine ležanja je rezultat postojeće organizacije rada u bolnicama, nepostojanje sistema planiranja otpusta, nespremnost vanbolničkih službi za pružanje odgovarajuće postakutne njege. Nadalje, u većini zemalja je prihvaćeno da je društveno i klinički nepoželjan duži boravak u bolnici, te se počela uvoditi dnevna bolnica. Međutim, u FBiH to nije postala praksa. U cilju prakticanja pružanja usluga po principu dnevne bolnice, neophodno je zakonski istu regulisati.

Niske stope prijema u bolnicu, dužina ležanja, stopa zauzetosti kreveta su nezadovoljavajući sa stanovišta efikasnosti i posljedica su više faktora. Pored naprijed navedenih ovom doprinosi nedovoljna fleksibilnost bolnica da redistribuiraju broj kreveta između odjela, kao i zastarjeli načini finansiranja.

Mada podaci ukazuju na nedovoljnu iskorištenost bolničkih kapaciteta, treba imati u vidu da ne raspoložemo podacima o bolničkom morbiditetu i specijalističko-konsultativnim uslugama pri bolnicama, što otežava potpuni uvid u pružanje bolničkih zdravstvenih usluga.

U narednom periodu u cilju unaprjeđenja pružanja bolničkih usluga neophodno je racionalizirati bolnički sektor, izgraditi bolničku mrežu jednako dostupnu svima za akutnu njegu, unaprijediti organizaciju i upravljanje radom i koordinaciju unutar

samih bolnica, ali i između bolnica i službi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te sa sektorom socijalne zaštite i dr. U cilju povećanja efikasnosti i poboljšanja kvalitete neophodno je uvesti medicinu zasnovanu na dokazima u svakodnevnu praksu. Potrebno je uspostaviti nove mehanizme plaćanja koji će omogućiti finansijsku održivost bolničkog sektora. Za planiranje i provođenje reformi neophodno je unaprijediti i sistem izvještavanja te uspostaviti integrirani informacijski sistem.

Poseban problem u procesu dosadašnjih reformi predstavlja neadekvatna definicija bolnica u postojećoj legislativi, te zahtjeva temeljne izmjene i dopune.

4.4.4. JAVNO ZDRAVSTVO

Javno zdravstvo u Federaciji BiH je institucionalno organizirano od općinskog do federalnog nivoa. Na nivou općine javno-zdravstvene aktivnosti se obavljaju putem higijensko-epidemioloških službi domova zdravlja, a na nivou kantona i Federacije kroz rad zavoda za javno zdravstvo. Samo je nekoliko zavoda za javno zdravstvo u većim kantonima sa dobrom infrastrukturom (kadar, prostor, oprema), dok u preostalim postoje brojne teškoće zbog nedostatka osnovnih preduvjeta za samoodrživost zavoda za javno zdravstvo. U mreži zavoda za javno zdravstvo u FBiH uposlen je 431 uposlenik, od čega je 258 (60%) zdravstvenih radnika.

Osnovne aktivnosti javnog zdravstva se odnose na očuvanje i unapređenje zdravlja planiranjem i provođenjem mjera nadzora nad zaraznim i nezaraznim oboljenjima, osiguranja zdravstvene ispravnosti hrane, vode, vazduha i predmeta opće upotrebe, nadzora okoliša, promocije zdravlja i prevencije oboljenja, te provođenje redovnih zdravstveno-statističkih istraživanja. Značajnu djelatnost javnog zdravstva predstavlja informisanje cjelokupne javnosti i političara o vodećim zdravstvenim problemima i prioritetima, kao i prijedlozi za njihovo rješavanje.

Demografske promjene i epidemiološke promjene, porast onesposobljenosti, brz tehnološki razvoj, kao i razvoj farmaceutske djelatnosti, vode u porast zdravstvenih troškova, što je razlogom da su sve zemlje u reformi zdravstvenih sistema. Međutim, relativno su ograničeni efekti djelovanja zdravstvenih službi na globalno zdravstveno stanje. Zdravlje stanovništva uslovljeno je međudnosima faktora povezanih sa individualnim ponašanjem i stilovima življenja; društveno-ekonomskim i kulturnim nivoom; biološkim faktorima i stanjem okoline. Zbog toga se sve veći značaj daje promociji i prevenciji bolesti, odnosno javnom zdravstvu koje treba da se približi zajednici. Stoga je neophodno u narednom periodu da se poduzmu aktivnosti u cilju izrade strategije javnog zdravstva.

Vodeće bolesti u Federaciji BiH, su one koje se mogu prevenirati ili ranim otkrivanjem izliječiti. U tu svrhu potrebno je izraditi i sprovesti promotivno-preventivne programe kontinuirano. Dosad je ovo rađeno sporadično, jer u dosadašnjem periodu, iako je obaveza Federacije BiH finansiranje promotivno-preventivnih programa, kao i u svim drugim zemljama, izdvajana sredstva su bila

minimalna i nedostajuća za ove aktivnosti. Smatramo da se u narednom periodu moraju osigurati izvori finansiranja za ove programe.

Jedna od funkcija zavoda za javno zdravstvo jeste prikupljanje podataka i izvještavanje. Nažalost, moramo konstatirati da ovaj segment ne zadovoljava i ne prati reformska opredjeljenja, te ga treba u narednom periodu unaprijediti. Posebno ovdje treba naglasiti obaveze koje predstoje na temelju Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju, odnosno usklađivanju sa EU.

Značajna funkcija zavoda za javno zdravstvo je nadzor nad zaraznim i nezaraznim oboljenjima, osiguranje zdravstvene ispravnosti hrane, vode, vazduha i predmeta opće upotrebe, nadzora okoliša. Međutim, oprema kojom raspolažu zavodi je uglavnom zastarjela i nedostatna. Neophodno je unaprijediti ovaj segment zavoda kako zbog očuvanja zdravlja stanovništva Federacije BiH, tako i predstojećih obaveza u kontekstu EU integracija.

4.4.5. PRIVATNA PRAKSA

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju ne pravi distinkciju između privatnog i javnog sektora. Ovim Zakonima je stvoren prostor za privatnu praksu i privatnu zdravstvenu djelatnost, ali je zbog nepreciznog zakonskog regulisanja ove materije, ostalo niz neriješenih statusnih pitanja, koja su omogućila veliki broj zloupotreba, a istodobno izazvala nezadovoljstvo i pacijenata i zdravstvenih radnika. Privatne zdravstvene ustanove se registrišu za obavljanje jedne ili više medicinskih djelatnosti, a pružaju desetine raznih zdravstvenih usluga. Jedan ili najviše dva liječnika registrišu privatnu ustanovu, a za pružanje zdravstvenih usluga angažiraju zdravstvene stručnjake, uposlenike iz javnih zdravstvenih ustanova (tzv. dopunski rad koji je u PRSP definisan kao jedan od razloga korupcije u sektoru zdravstva, odnosno svjesno i nezakonito usmjeravanje pacijenata iz javnog u privatni sektor). Zbog toga se često javljaju velike zloupotrebe koje se reflektiraju u nezakonitom prebacivanju dijela troškova iz sektora javnog zdravstva u sektor privatnog zdravstva.

Podaci o broju zaposlenih u privatnim zdravstvenim ustanovama su nepotpuni zbog toga što nisu obuhvaćene sve privatne ustanove, iako su važećim zakonima privatne zdravstvene ustanove obavezne da dostavljaju podatke zavodima za zdravstveno osiguranje i zavodima za javno zdravstvo. One nemaju samoodgovornosti po pitanju tih obaveza, a nadležni organi vlasti u kantonima i općinama ne poduzimaju mjere neizvršavanja zakonskih obaveza. Isto tako u privatnim ustanovama radi veći broj medicinskog kadra koji je u radnom odnosu u javnim zdravstvenim ustanovama, pa nije isključena mogućnost da zdravstvene ustanove u privatnom sektoru ne prikazuju kao svoje zaposlenike i angažirane kadrove iz javnih zdravstvenih ustanova. Poseban problem predstavlja dodatni rad u privatnoj praksi liječnika zaposlenih u javnom sektoru. Ovo utiče na pružanje manje kvalitetne zdravstvene usluge u javnom sektoru, dužeg čekanja pacijenata na preglede, kao i dodatna izdvajanja „iz džepa“.

Pitanje privatizacije u zdravstvu, također će biti jedan od glavnih izazova reformi, jer isto još uvijek nije regulisano. Zakon o zdravstvenoj zaštiti je dao pravo

osnivaču zdravstvene ustanove da može prodati, odnosno dati u zakup, kapacitet ili dio kapaciteta zdravstvene ustanove, ali daljnjih razrada ove odredbe odnosno načina privatizacije i zakupa javnih zdravstvenih ustanova od strane potencijalnih korisnika nema. Zakon nije predvidio niti obavezu donošenja podzakonskog akta kojim bi se bliže regulirala ova pitanja.

4.5. EFIKASNOST

S obzirom na šarolikost u pogledu načina ubiranja i raspodjele zdravstvenog novca, kao i u pogledu načina izvještavanja i prezentiranja ostvarenih rezultata, mjerenje i komparaciju tehničke efikasnosti sistema zdravstvene zaštite teško je vršiti. Također, indikatori za mjerenje alokativne efikasnosti nisu definisani.

Bez obzira na to sa sigurnošću možemo tvrditi da sistem zdravstvene zaštite koji je sada u primjeni nije u dovoljnoj mjeri efikasan, što se prije svega ogleda u relativno visokom učešću zdravstvene potrošnje u GDP-u (8,8%), dok je s druge strane stanje zdravlja stanovništva ocjenjeno kao višestruko nepovoljno. To je odraz visokih troškova zbog fragmentirane strukture na više nivoa, neefikasne raspodjele rashoda, klinički neefikasnih pristupa zbrinjavanju i slabog sistema upravljanja sektorom.

Učešće izdvajanja za primarnu zdravstvenu zaštitu ima trend pada zadnjih godina, dok se izdvajanja za lijekove na recept, i bolničku zdravstvenu zaštitu povećavaju, što je u suprotnosti sa intencijama i proklamovanim reformama u zdravstvu.

S druge strane, dužina boravka u bolnici je nepovoljna, stopa zauzetosti kreveta niska, broj prijema u bolnice nizak. Dnevna hirurgija (hirurške intervencije istog dana), sporadično se prakticira, ne postoji sistem planiranja otpusta, što može govoriti o lošoj kliničkoj praksi. Nadalje, nemamo razvijene vanbolničke službe za postakutnu bolničku njegu, što utiče na dužinu ležanja u bolnici.

Velika fragmentacija i slabe veze različitih nivoa zdravstvene zaštite, rezultira čestim ponavljanjem dijagnostičkih pretraga i postupaka i neracionalnom upotrebom lijekova. Ovom doprinosi ne postojanje kliničkih puteva i kliničkih vodilja i pridržavanja istih.

Dosadašnje reforme su se gotovo isključivo usmjeravale na pružanje usluga od strane javnih institucija, iako zakonodavstvo omogućava i privatno pružanje usluga. Zdravstveno osiguranje ne pokriva usluge koje pruža privatni sektor. Podaci, međutim, pokazuju da je više od 10% pacijenata koji su trebali ambulantne usluge koristilo privatne davaoče usluga.

U srednjoročnom periodu, zdravstveno planiranje i racionalizacija sistema davalaca usluga treba uzeti u obzir sve veći značaj privatnog sektora, s obzirom da on može osigurati mogućnost za povlačenje javnog sektora iz određenih oblasti, oslobađajući time sredstva za bolje osiguranje pristupa zbrinjavanju za ugrožene grupe.

U cilju poboljšanja efikasnosti neophodno je u narednom periodu, pored naprijed navedenih mjera, uspostaviti veću koordinaciju između privatnog i javnog sektora, svih nivoa zdravstvene zaštite, i unutar iste ustanove, jačati upravljačke vještine kako pri zdravstvenim ustanovama, tako i u cijelom sistemu zdravstva, provoditi medicinu zasnovanu na dokazima, plansko uvođenje i razvijanje mreže zdravstvenih ustanova, kao i novih tehnologija i usluga, uspostaviti jedinstven sistem izvještavanja i evidencije, uz definisanje indikatora za praćenje tehničke i alokativne efikasnosti.

4.6. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga imalo je značajnu ulogu u dosadašnjoj reformi zdravstvenog sistema i pružanju usluga u Federaciji BiH.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti garantira svim građanima pravo na pristupačnu zdravstvenu uslugu, standardne kvalitete i jednakog sadržaja. Osiguranje kvalitete zdravstvenih usluga se sprovodi mjerama interne stručne kontrole, inspekcije i pravom građanina na reklamiranje kvalitete.

Postoje dokazi da pristup "kontroli kvalitete" putem inspekcije ne stimulira ponašanje ljudi u cilju poboljšanja, već vodi do krivnje i kazne, koje ne motiviraju osoblje i menadžere. U sistemu zdravstva Federacije BiH se također pokazalo da ovakav pristup ne može doprinijeti poboljšanju kvalitete. Zbog toga je Federalno ministarstvo zdravstva u okviru projekta "Osnovno zdravstvo" pokrenulo aktivnosti na uspostavljanju sistema za poboljšanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti. Rezultat tih aktivnosti je dokument "Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine", koja je osnovni okvir za smjernice, strateško planiranje i menadžment, kao i sveukupnih aktivnosti za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite. Neka od pitanja Politike tretiraju se u Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu. Zakon uređuje sistem poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga, postupak akreditacije zdravstvenih ustanova na dobrovoljnoj osnovi i identifikira sudionike u poboljšanju kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga. Slijedom zakona je utemeljena Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (AKAZ), kao ovlašteno tijelo u oblasti poboljšanja kvalitete, sigurnosti i akreditacije.

AKAZ je u saradnji sa međunarodnim partnerima razvio standarde kvaliteta za sve nivoe zdravstvene zaštite – bolnice, domove zdravlja i timove porodične medicine. Značajan broj tih standarda odnosi se na upravljanje humanim resursima. Bez obzira na razvoj akreditacijskih standarda, u praksi se klinički standardi odnose još uvijek na strukturu i resurse (npr. kreveti, osoblje, oprema), a ne na to kako se koriste, ili koji rezultati se postižu na nivou davalaca usluga ili na populacijskom nivou.

Nedavno urađena analiza bolničkog sektora u okviru projektne podkomponente SITAP –a "Racionalizacija zdravstvenih usluga" pokazala je da postoje mnogi primjeri nedostatka upotrebe medicine zasnovane na dokazima, i da se u kliničkoj praksi ne koriste vodiči i klinički putevi. Međutim, neki kantoni, kao i pojedine zdravstvene ustanove su samoinicijativno započele razvijati vodilje za kliničku praksu na osnovu relevantnih međunarodnih dokumenata. Ove

pojedinačne aktivnosti pokazale su se nedovoljnim za širu primjenu medicine zasnovane na dokazima. Proces nije bio koordiniran iz jednog centra, što je ukazalo na potrebu uspostavljanja jedinstvenog federalnog sistema za razvoj, adaptaciju i implementaciju kliničkih vodilja u narednom periodu. Stoga je Federalno ministarstvo zdravstva pokrenulo aktivnosti na izradi kliničkih puteva za bolničku i primarnu zdravstvenu zaštitu.

I pored uspostavljanja regulatornog okvira za poboljšanje sistema kvalitete, utemeljenja AKAZ-a još uvijek nema značajnijih pomaka na ovom planu. I dalje je prisutno neadekvatno korištenje medicinskih tehnologija, neprihvatljiv nivo varijacija izvršenja, prakse i ishoda, nepotrebni troškovi kao rezultat slabog kvaliteta usluge, nedostatak pokazatelja izvršenja, nedovoljno razvijen sistem upravljanja rizikom-nepovoljni događaji za pacijente. Zdravstveni profesionalci su nedovoljno educirani i obučeni iz oblasti poboljšanja kvalitete. S druge strane, kvalitet zdravstvene usluge nije prepoznat ni od strane finansijera zdravstvenih usluga tako da ne postoji stimulacija za poboljšanje kvaliteta.

U dosadašnjem periodu implementacija Politike i Zakona o kvaliteti je nezadovoljavajuća. Ne postoje mehanizmi na federalnom, kantonalmom i nivou davalaca usluga za sistematično usvajanje, širenje i nadzor prakse u svakodnevnom radu što je dijelom rezultat nedovoljne saradnje AKAZA sa drugim sudionicima u sistemu kvalitete.

Neophodno je u narednom periodu dosljedno implementirati Politiku i Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, unaprijediti organizaciju struktura za sigurnost i kvalitet i mehanizme koordinacije svih sudionika. Potrebno je unaprijediti informacijski sistem za kvalitet, uspostaviti institucionalnu i profesionalnu samoregulaciju i unaprijediti profesionalnu kompeticiju i etiku. Federalno ministarstvo zdravstva u koordinaciji sa drugim sudionicima treba dalje razvijati i implementirati kliničke vodilje i puteve te u saradnji sa zavodima zdravstvenog osiguranja uvesti stimulaciju za kvalitet. Također je neophodno posvetiti posebnu pažnju daljnjem razvijanju AKAZ-a.

4.7. SPOSOBNOST ODGOVORA NA NEMEDICINSKE POTREBE

I pored reformi koje su se zalagale za veću uključenost građana u donošenje odluka kao i poštivanju prava pacijenata mora se konstatirati da nije postignut veći napredak na ovom planu. Sa ovim je usko povezano pitanje zaštite privatnosti pacijenta, zaštite podataka i povjerljivosti. Mada Europska povelja o pravima pacijenata, kao i naši zakoni izričito štite ova prava, i dalje postoje, ne tako česti, slučajevi odavanja podataka bez prethodnog pristanka pacijenta.

U pogledu prava pacijenata da učestvuju u odluci o vrsti i načinu primjene terapije, u posljednje vrijeme postignut je manji napredak, ali treba raditi još mnogo da ovo postane univerzalno pravilo.

Iako je i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti propisano da je briga o vlastitom zdravlju dužnost svakog pojedinca ne postoji dovoljan broj edukativnih akcija ili programa koji bi to podržali.

Pristup socijalnim mrežama za podršku – pristup porodici i prijateljima – za ljude koji su na liječenju nije dovoljno razvijen na prostoru Federacije Bosne i Hercegovine. Mreže socijalne podrške nisu razvijene, kao rezultat općenito slabije razvijenog sektora socijalne zaštite, ali i nedovoljno razvijene svijesti o potrebi za osnivanjem ovakvih mreža i u uslovima gdje to postojeći resursi omogućavaju.

Jačanju svijesti o zdravlju kao osnovnom ljudskom pravu, te informisanju o pravima bolesnika na pravodobnu i tačnu informaciju o stanju i odabiru načina liječenja trebala bi biti dio aktivnosti svakog zdravstvenog sistema, pa tako i našeg.

4.8. ZADOVOLJSTVO KORISNIKA

Iako su istraživanja zadovoljstva pacijenata postala standard za zapadnu Europu, u Federaciji BiH se sprovode sporadično. Jedno takvo istraživanje je sprovedeno u okviru projekta Osnovno zdravstvo u 2004. godini putem intervjua sa korisnicima zdravstvene zaštite i uposlenim zdravstvenim radnicima.

Opća ocjena korisnika o sektoru je da je sistem zdravstvene zaštite u jednako lošem položaju i stanju kao i okruženje u kojem žive. Korisnici smatraju da su usluge zdravstvene zaštite skupe, često nekvalitetne, cijene lijekova previsoke, a da esencijalna lista lijekova ne zadovoljava kvalitetom i raznolikošću i nije u skladu sa stvarnim potrebama korisnika. Procedure liječenja i dijagnosticiranja nerijetko traju predugo i korisnici smatraju da potroše više vremena i novca nego što je potrebno.

Jedan dio korisnika je smatrao da je odnos ljekara loš, a razlog vide u njihovoj nedovoljnoj motivisanosti za rad koja je prouzrokovana niskim novčanim primanjima, kao i istovremenim radom u privatnim zdravstvenim ustanovama što rezultira zapostavljanjem rada u javnom sektoru. Mito i korupciju smatraju razlogom nekvalitetne i nepravovremene usluge, što se posebno odnosi na ljekare na sekundarnom nivou.

Nerijetko se ne osigurava poštivanje privatnosti i očuvanje dostojanstva korisnika (nepostojanje pregrada i paravana, neuredne sanitarne prostorije i sl.), što se naročito odnosi na pripadnike vrlo ranjivih i marginaliziranih skupina. Na ovo se često nadovezuje stigma i diskriminacija određenih grupa pacijenata ili pacijenata sa određenim oboljenjem.

Uslovi rada u zdravstvenim ustanovama se smatraju lošim, oprema zastarjela, čistoća, kvalitet ishrane, odgovarajuće dijete ili pravila prehrane u onome što nazivamo "hotelskim smještajem" u bolnicama se ne poštuju.

Kada je u pitanju dostupnost zdravstvene usluge na primarnom nivou, zdravstveni radnici i korisnici smatraju da je materijalni uslov osnovni razlog koji pravi razlike u nedostupnosti zdravstvenoj zaštiti korisnicima, pa svi koji nemaju dovoljno visoka primanja dolaze u situaciju da nisu u mogućnosti da sebi priušte zdravstvenu zaštitu.

5. OSNOVE ZA POSTAVLJANJE STRATEŠKIH CILJEVA

Osnovi za postavljanje strateških ciljeva proizašli su iz SWOT analize (prednosti, slabosti, prilike i prijetnje).

SIŽE PREDNOSTI I SLABOSTI ZDRAVSTVENOG SISTEMA

SAVJESNO UPRAVLJANJE	
<i>Prednosti</i>	<i>Slabosti</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Definisani zakonski okvir zdravstvenog sistema</i> • <i>Reforma javne uprave</i> • <i>Usvojena Strategija primarne zdravstvene zaštite od strane Vlade Federacije BiH</i> • <i>Usvojen Akcioni plan za sestrinstvo od strane Vlade Federacije BiH</i> • <i>Preporuke projekta SITAP</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neusklađenost postojećih zakona i podzakonskih akata sa reformskim opredjeljenjima i EU</i> • <i>Nepoštivanje vladavine zakona</i> • <i>Nedovoljna funkcionalna povezanost i koordinacija između decentraliziranih nivoa vlasti</i> • <i>Fragmentacija i nepostojanje koordinacije između pojedinih „podsistema” zdravstvenog sektora</i> • <i>Nedostatak odgovarajućih upravljačkih vještina na svim nivoima</i> • <i>Nedostatni mehanizmi za zaštitu prava pacijenata kao i promocije istih, kao i neregulirana prava i obaveze zdravstvenih profesionalaca</i> • <i>Nedostatan sistem monitoringa i evaluacije</i>
FINANSIRANJE I RASPODJELA FINANSIJSKIH RESURSA	
<i>Prednosti</i>	<i>Slabosti</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zdravstveni sektor se ne takmiči sa ostalim sektorima u vladama</i> • <i>Cijeli teritorij Federacije BiH je pokriven kantonalnim nekompetitivnim fondovima zdravstvenog osiguranja</i> • <i>Udruživanje sredstava na nivou Federacije BiH pri fondu solidarnosti</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nesrazmjer raspoloživih finansijskih sredstava i garantiranih prava</i> • <i>Neadekvatna alokacija resursa prema nivoima zdravstvene zaštite</i> • <i>Nerazvijeni mehanizmi ugovaranja i plaćanja zdravstvenih usluga</i> • <i>Nepostojanje neophodnih dodatnih mehanizama finansiranja zdravstva</i> • <i>Zanemarenost funkcije kontrole i revizije u finansijskom poslovanju zdravstvenih funkcija</i> • <i>Visoko učešće PDV-a u zdravstvenoj potrošnji</i> • <i>Nedostatno praćenje zdravstvene potrošnje</i> • <i>Nedostatna pokrivenost obaveznim zdravstvenim osiguranjem</i> • <i>Nedostatak osnovnog paketa prava</i>
GENERISANJE RESURSA	
<i>Prednosti</i>	<i>Slabosti</i>

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dobro educiran zdravstveni kadar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neravnomjerna distribucija ljudskih i tehnoloških resursa</i> • <i>Nedostatak planiranja resursa u zdravstvu u skladu sa potrebama</i> • <i>Nepostojanje koordinacije obrazovnog sistema, tržišta rada i zdravstvenog sistema</i> • <i>Nepostojanje jedinstvene IKT strategije</i> • <i>Nedostatak Informaciono-komunikacionih tehnologija</i> • <i>Nepostojanje standardizacije opreme</i> • <i>Nedovoljno razvijen sistem snabdijevanja i distribucije lijekova</i> • <i>Neujednačenost u primjeni esencijalne liste lijekova</i>
ULUGE/SERVISI	
<i>Prednosti</i>	<i>Slabosti</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uznapredovala reforma primarne zdravstvene zaštite putem modela porodične medicine</i> • <i>Dovoljna raspoloživost kapaciteta zdravstvenih ustanova</i> • <i>Uspostavljena Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nejednakost u distribuciji zdravstvenih usluga</i> • <i>Dominacija liječenja u odnosu nad preventivno-promotivnim aktivnostima</i> • <i>Nepostojanje javno-privatnog partnerstva</i> • <i>Neintegrisanost privatnog sektora u sistem zdravstva</i> • <i>Nedovoljno razrađeni mehanizmi praćenja pacijenata kroz zdravstveni sistem</i> • <i>Nedostatak indikatora za mjerenje kvalitete i efikasnosti u zdravstvenom sistemu</i> • <i>Neracionalno korištenje postojećih resursa</i> • <i>Nerazvijen sistem sigurnosti i kvalitete zdravstvenih usluga</i>

SIŽE PRILIKA I PRIJETNJI IZ OKRUŽENJA	
<i>Prilike</i>	<i>Prijetnje</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Podrška međunarodnih institucija</i> • <i>Aktivnije učešće civilnog društva u reformskim procesima</i> • <i>Proces priključivanja Evropskoj Uniji</i> • <i>Započete reforme u obrazovnom sistemu</i> • <i>Donošenje Strategije socijalne uključenosti</i> • <i>Iznalaženje mogućnosti povrata PDV-a sektoru zdravstva</i> • <i>Razvojna strategija Bosne i Hercegovine</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Politička nestabilnost</i> • <i>Demografske promjene (depulacija stanovništva, starenje populacije, postojeće migracije stanovništva)</i> • <i>Epidemiološke promjene (pojava novih bolesti, porast nezaraznih hroničnih bolesti)</i> • <i>Riziko faktori iz okoliša (voda, vazduh, otpad, mine itd.)</i> • <i>Nedostatak popisa stanovništva</i> • <i>Porast nezaposlenosti</i> • <i>Nedostatak podrške razvoju „zdravih javnih politika“ kao i uključenosti drugih sektora u implementaciju zdravstvenih politika</i> • <i>Nedostatak političke volje za promjenama i otpor zdravstvenih profesionalaca reformama</i> • <i>Makroekonomski indikatori mogu narušiti finansijsku moć fondova zdravstvenog osiguranja, kao što je niži rast GDP-a, pad stope doprinosa za zdravstveno osiguranje</i>

Sve navedene slabosti koje proističu iz analize zdravstvenog sistema su posljedica sadašnje organizacije zdravstvenog sistema, lošeg upravljanja, nedovoljne posvećenosti razvoju i planiranju ljudskih i tehnoloških resursa, ali i niza problema koji proističu u osiguranju i prikupljanju sredstava za finansiranje zdravstva. Iako je učinjen značajan napredak, još uvijek nije dostignut potreban nivo solidarnosti.

Ne treba zaboraviti i političko uređenje Federacije Bosne i Hercegovine u kom je Federaciji BiH namijenjena uloga kreatora politika i zakona uz konsenzus kantona, a kantonima je dodijeljena uloga implementatora utvrđenih politika i zakona kao i većinskog finansijera, što doprinosi navedenim slabostima.

Također, na sadašnje stanje značajno utiču i vanjski faktori kao što su socio-ekonomska situacija, demografske i epidemiološke promjene, slaba uključenost lokalne zajednice, nedovoljno razvijena svijest o značaju zdravlja za ekonomski i drugi razvoj zemlje, kao i slaba intersektorska suradnja.

Sve navedene slabosti rezultiraju nejednakošću u dostupnosti zdravstvene zaštite između kantona, socio-ekonomskih i drugih isključenih kategorija stanovništva, kao i nedovoljnoj efikasnosti i kvaliteti kako sistema tako i zdravstvenih usluga, što utiče na zdravstveno stanje stanovništva.

Posljednjih godina napravljeni su pomaci u razvoju zdravstvenog sistema Federacije Bosne i Hercegovine kao rezultat implementacije reformskih strateških planova iz prethodnog perioda. Međutim, rezultati analize ukazuju da je u narednom periodu neophodno poduzeti niz aktivnosti i uložiti napore sa ciljem daljnjeg unapređenja zdravstvenog sistema koji će biti dostupan, efikasan, kvalitetan i usporediv sa EU zemljama. Za dostizanje ovog cilja neophodno je aktivno učešće svih nivoa vlasti Federacije Bosne i Hercegovine, svih sudionika u zdravstvenom sistemu, kao i društva u cjelini.

6. VIZIJA

**POBOLJŠANO ZDRAVSTVENO STANJE STANOVNIŠTVA KROZ
EFIKASAN, DOSTUPAN I TRANSPARENTAN ZDRAVSTVENI SISTEM
ORIJENTIRAN NA KVALITETU UTEMELJEN NA PRINCIPIMA
SOLIDARNOSTI I PRAVIČNOSTI**

6.1. PRINCIPI I VRIJEDNOSTI

Strategija za reformu zdravstvenog sistema se temelji na općim principima i vrijednostima dogovorenim tokom Ljubljanske konferencije europske regije SZO iz 1996. i potpisanim od strane svih zemalja članica, uključujući BiH. Dole navedeni principi i vrijednosti će omogućiti dostizanje definisane vizije.

- rukovođene vrijednostima: reforme zdravstvenog sistema moraju biti rukovođene principima ljudskog digniteta, jednakosti, solidarnosti i profesionalne etike.
- usmjerene na zdravlje: bilo koja velika reforma zdravstvenog sistema treba biti povezana sa jasnim ciljevima usmjerenim na ostvarivanje zdravstvene dobiti. Zaštita i promocija zdravlja moraju biti primarni motiv cijelog društva.
- fokusirane na ljude: reforme zdravstvenog sistema moraju se baviti potrebama građana, uzimajući u obzir, kroz demokratski proces, njihova očekivanja u smislu zdravlja i zdravstvene zaštite. One treba da omoguće da glas i izbor građana odlučno utiču na način na koji su zdravstvene usluge dizajnirane i pružene. Građani istovremeno moraju preuzeti i svoj dio odgovornosti.
- fokusirane na kvalitet: bilo koja reforma zdravstvenog sistema mora imati za cilj – i uključiti jasnu strategiju za – kontinuirano poboljšanje kvaliteta pružene zdravstvene zaštite, uključujući njenu ekonomičnost.
- zasnovane na snažnom sistemu finansiranja: finansiranje sistema zdravstvene zaštite treba da obezbijedi zdravstvenu zaštitu koja će biti pružena svim građanima na održiv način. To ima za posljedicu univerzalnu pokrivenost i jednaku mogućnost pristupa svih ljudi potrebnoj zdravstvenoj zaštiti. To, s druge strane, zahtijeva efikasno korištenje zdravstvenih resursa. Kako bi mogle garantirati solidarnost, vlade moraju odigrati ključnu ulogu u regulisanju finansiranja sistema zdravstvene zaštite.
- orijentisane na primarnu zdravstvenu zaštitu: reforme, sa primarnom zdravstvenom zaštitom kao osnovnom filozofijom, treba da obezbijede da zdravstvene usluge na svim nivoima štite i promoviraju zdravlje, poboljšaju kvalitet života, preveniraju i liječe oboljenja, rehabilitiraju pacijente i brinu se za one koji pate ili koji su u terminalnoj fazi oboljenja. One treba da ojačaju

sistem zajedničkog donošenja odluka pacijenata i onih koji pružaju usluge i da promoviraju sveobuhvatnost i kontinuitet zdravstvene zaštite.

6.2. OPĆI STRATEŠKI CILJ

Poboljšati dostupnost, kvalitet i efikasnost zdravstvene zaštite stanovništva vođenog povećanjem solidarnosti i smanjenjem nejednakosti

Povećanje dostupnosti

Osigurati da se zdravstvene usluge i informacije mogu dobiti onda kada i gdje su potrebne. Stoga geografska udaljenost, socioekonomske razlike, kulturne i birokratske prepreke ne bi trebalo da onemoguće dostupnost odgovarajuće zdravstvene zaštite.

Povećanje sigurnosti i kvalitete zdravstvenih usluga

Osigurati kupovinu, razvoj i korištenje usluga i objekata koje zadovoljavaju najviše moguće standarde kvalitete i sigurnosti kroz cijeli zdravstveni sistem. Stoga će osoblje biti adekvatno educirano, usluge usklađene sa potrebama i najboljom praksom, a zgrade i oprema će odgovarati namjeni.

Povećanje efikasnosti

Povećanjem efikasnosti u procesu prikupljanja, raspodjele i upravljanja raspoloživim resursima (finansijskim, ljudskim i tehničkim) postići će se njihova optimalna iskorištenost uz osiguranje kvalitetnije zdravstvene zaštite svim stanovnicima.

S ciljem da se izgradi reformiran sistem zdravstvene zaštite, ostvarivanjem svakog od ovih ciljeva, potrebno je definirati određen broj podciljeva i intervencija. Isti se razmatraju u narednim odjeljcima.

Povećanje solidarnosti

Osigurati da se novac i ostali resursi u sistemu zdravstvene zaštite pravično raspodijele, u skladu sa potrebama. Stoga će rizici biti podijeljeni na adekvatan način, između relativno bogatih i siromašnih, bolesnih i zdravih, a fizički ili ekonomski slabiji neće snositi pretjeran teret.

Smanjenje nejednakosti

Osigurati da se odgovarajuća zdravstvena zaštita pruži onima kojima je potrebna.

Stoga relativno bogatstvo, pozicija, orijentacija i ostali vanjski faktori ne bi trebalo da utječu na dostupnost zdravstvenoj zaštiti.

6.3. SPECIFIČNI CILJEVI

Postizanje vizije i općeg cilja će se sprovesti kroz implementaciju specifičnih ciljeva koji direktno utiču na jačanje četiri poluge zdravstvenoga sistema: savjesno upravljanje, zdravstvene usluge, resurse i finansiranje, a to su:

- 1. jačanje mehanizama neophodnih za uspostavljanje efikasnog i savjesnog upravljanja u zdravstvu**
- 2. usklađivanje zakonodavnog okvira sa reformskim ciljevima i propisima EU**
- 3. jačanje zaštite prava pacijenata i zdravstvenih profesionalaca**
- 4. unapređenje upravljanja zdravstvenim sistemom**
- 5. jačanje primarne zdravstvene zaštite orijentisane ka obitelji i zajednici baziranoj na promociji zdravlja i prevenciji bolesti**
- 6. racionalizacija specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite**
- 7. jačanje uloge javnog zdravstva**
- 8. jačanje ljudskih resursa u sistemu zdravstvene zaštite**
- 9. unapređenje farmaceutskog sektora kako bi se osigurala optimalna dostupnost djelotvornim, sigurnim, kvalitetnim i ekonomičnim lijekovima**
- 10. unapređenje upravljanja tehnologijama u zdravstvu**
- 11. unapređenje sistema ugovaranja i plaćanja zdravstvenih usluga**
- 12. udruživanjem rizika, povećanjem solidarnosti - unaprijediti pravičnost u financiranju zdravstvene zaštite**
- 13. povećanje obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranje**

FUNKCIJA SISTEMA - SAVJESNO UPRAVLJANJE					
BROJ: 01 SPECIFIČNI CILJ: JAČANJE MEHANIZAMA NEOPHODNIH ZA USPOSTAVLJANJE EFIKASNOG I SAVJESNOG UPRAVLJANJA U ZDRAVSTVU					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	UNAPREĐENJE MEHANIZAMA KOORDINACIJE IZMEĐU ENTITETA I DISTRIKTA BRČKO	LJUDSKI INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE (IKT) FINANSIJSKI	ENTITETSKA MINISTARSTVA ZDRAVSTVA ODJEL ZA ZDRAVSTVO DISTRIKTA BRČKO MINISTARSTVO CIVILNIH POSLOVA BIH	12 MJESECI	USVOJENI AKTI O KOORDINACIJI KROZ KONFERENCIJU MINISTARA
2.	OSIGURANJE MEHANIZAMA KOORDINACIJE IZMEĐU KANTONA I FBIH U OBLASTI ZDRAVSTVA	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO ZZJZ	6 MJESECI	USPOSTAVLJENA PUNA KOORDINACIJA IZMEĐU FMZ I KMZ KROZ DEFINISANE PROTOKOLE ILI DRUGA AKTA O SURADNJI
3.	JAČANJE SARADNJE SA DRUGIM SEKTORIMA OD INTERESA ZA ZDRAVSTVO	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	RESORNA MINISTARSTVA	12 MJESECI	USPOSTAVLJENA SURADNJA SA DRUGIM SEKTORIMA

4.	JAČANJE SARADNJE SA CIVILNIM DRUŠTVOM	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ NVO	8 MJESECI	UNAPRIJEĐENA SURADNJA SA CIVILNIM DRUŠTVOM U OBLASTI ZDRAVSTVA
5.	IZRADA PR STRATEGIJE I UNAPREĐENJE ODNOSA SA JAVNOŠĆU	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI MEDIJI	FMZ KMZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	8 MJESECI	IZRAĐENE STRATEGIJE KOMUNIKACIJE ODNOSA SA JAVNOŠĆU UPOSLENE OSOBE ZA ODNOS SA JAVNOŠĆU(PR) U ZDRAVSTVU FBIH UNAPRIJEĐENA SURADNJA SA JAVNOŠĆU
6.	PODIZANJE SVIJESTI SVIH UČESNIKA U REFORMI O ZNAČAJU REFORME	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI MEDIJI	FMZ KMZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	36 MJESECI	SVI UČESNICI UPOZNATI SA REFORMSKIM PROCESIMA I UKLJUČENI U PROCES DONOŠENJA ODLUKA

FUNKCIJA SISTEMA - SAVJESNO UPRAVLJANJE					
BROJ: 02 SPECIFIČNI CILJ: USKLAĐIVANJE ZAKONODAVNOG OKVIRA SA REFORMSKIM CILJEVIMA I PROPISIMA EU					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTAT
1.	DONOŠENJE PRIORITYNIH POLITIKA I STRATEGIJA ZA SEKTOR ZDRAVSTVA	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ	KONTINUIRANO	DONEŠENI POLITIČKI I STRATEŠKI DOKUMENTI HARMONIZIRANI SA EU STRATEŠKIM OPREDJELJENJIMA SA PRVENSTVENIM CILJEM UNAPRIJEĐENJA JAVNOG ZDRAVLJA
2	DONOŠENJE JAVNO-ZDRAVSTVENIH STRATEGIJA	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ	24 MJESECA	DONEŠENE MULTISEKTORSKEIH STRATEGIJE ZA OBLAST JAVNOG ZDRAVLJA USKLAĐENO SA EU
2.	DONOŠENJE NOVOG ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ KMZ	12 MJESECI	NOVI ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
3.	DONOŠENJE NOVOG ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ KMZ	12 MJESECI	NOVI ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

4.	DONOŠENJE NEDOSTAJUĆE LEGISLATIVE	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ KMZ	KONTINUIRANO	DONEŠENI NEDOSTAJUĆA LEGISLATIVNA AKTA
5	DONOŠENJE ZAKONA O TRANSPLATACIJI	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ KMZ	6 MJESECI	DONEŠEN ZAKON

FUNKCIJA SISTEMA - SAVJESNO UPRAVLJANJE					
BROJ: 03 SPECIFIČNI CILJ: JAČANJE ZAŠTITE PRAVA PACIJENATA I ZDRAVSTVENIH PROFESIONALACA					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTAT
1.	DONOŠENJE ZAKONA O PRAVIMA PACIJENATA	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ UDRUŽENJA PACIJENATA	12 MJESECI	DONESEN ZAKON
2.	KONTINUIRANO, BLAGOVREMENO I TAČNO INFORMIRANJE JAVNOSTI O PRAVIMA I OBAVEZAMA U VEZI SA ZDRAVLJEM	LJUDSKI IKT MEDIJI FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	USVOJENE STRATEGIJE INFORMIRANJA NA SVIM NIVOIMA USPOSTAVLJEN SISTEM INFORMIRANJA JAVNOSTI
3.	DONOŠENJE ZAKONA O PROFESIONALNOJ SAMOREGULACIJI	LJUDSKI (EKSPERTNE GRUPE) FINANSIJSKI	FMZ KMZ PROFESIONALNE KOMORE I UDRUŽENJA	18 MJESECI	DONESEN ZAKON
4.	OSNIVANJE FEDERALNE KOMORE I JAČANJE FUNKCIJE KOMORA I UDRUŽENJA	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ KOMORE I UDRUŽENJA	24 MJESECA	OJAČAN RAD KOMORA I UDRUŽENJA
5.	POBOLJŠANJE UVJETA RADA ZDRAVSTVENIH PROFESIONALACA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT TEHNIČKI	VLADE FMZ KMZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	POBOLJŠANO RADNO OKRUŽENJE

FUNKIJA SISTEMA - SAVJESNO UPRAVLJANJE					
BROJ: 04		SPECIFIČNI CILJ: UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA ZDRAVSTVENIM SISTEMOM			
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTAT
1.	USPOSTAVITI MEHANIZME ZA UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENIM SISTEMOM NA PRINCIPIMA STRATEŠKOG MENADŽMENTA	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ	60 MJESECI	USKLAĐENA LEGISLATIVA SA USVOJENIM PRINCIPIMA UPRAVLJANJA
2.	UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA PROCESOM RADA BAZIRANIM NA SIGURNOSTI I KVALITETI	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ AKAZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE KOMORE I UDRUŽENJA	60 MJESECI	UNAPRIJEĐENA KVALITETA I SIGURNOST U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
3.	USPOSTAVA SISTEMA MONITORINGA I EVALUACIJE	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	24 MJESECA	UNAPRIJEĐEN SISTEM MONITORINGA I EVALUACIJE NA SVIM NIVOIMA
4.	JAČANJE JAVNO-PRIVATNOG PARTNERSTVA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ,KMZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE NOSITELJI PRIVATNE PRAKSE	48 MJESECI	USPOSTAVLJENO JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO

5.	IMPLEMENTACIJA PLANA BORBE PROTIV KORUPCIJE	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT MEDIJI	VLADE FMZ KMZ INSPEKCIJE MUP ZDRAVSTVENE USTANOVE KOMORE	KONTINUIRANO	SMANJENJE KORUPCIJE U ZDRAVSTVU
----	---	---	---	--------------	------------------------------------

FUNKCIJA SISTEMA – USLUGE/SERVISI					
BROJ: 01 SPECIFIČNI CILJ: JAČANJE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ORJENTIRANE KA OBITELJI I ZAJEDNICI, BAZIRANOJ NA PROMOCIJI ZDRAVLJA I PREVENCIJI BOLESTI					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVLJANJE ORGANIZACIONOG MODELA U SKLADU SA STRATEGIJOM PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	LJUDSKI FINANSIJSKI MATERIJALNO- TEHNIČKI I TEHNOLOŠKI	PARLAMENT FBIOH SKUPŠTINE VLADE FMZ KMZ ZZO	60 MJESECI	USPOSTAVLJEN ORGANIZACIONI MODEL PZZ
2.	UNAPREĐENJE EFIKASNOSTI REFERALNOG SISTEMA SA NIVOA PZZ KA VIŠIM NIVOIMA	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	POVEĆANA EFIKASNOST PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
3.	UNAPREĐENJE RESURSA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI (KADAR , PROSTOR, OPREMA)	LJUDSKI FINANSIJSKI	PARLAMENT FBIOH SKUPŠTINE VLADE FMZ KMZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	KONTINUIRANO UNAPREĐIVANJE RESURSA U PZZ
4.	USPOSTAVLJANJE FINANSIJSKI ODRŽIVE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	VLADE I MINISTARSTVA ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE ZDRAVSTVENI RADNICI	KONTINUIRANO	IMPLEMENTIRANI MEHANIZMI FINANSIRANJA PZZ UZ FINANSIJSKI ODRŽIVU PZZ

5.	UNAPREĐENJE KVALITETE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT TEHNOLOŠKI	FMZ KMZ AKAZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE KOMORE I UDRUŽENJA	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐEN KVALITET
6.	UVOĐENJE MJERA ZA RACIONALNU I EFIKASNU UPOTREBU FARMACEUTSKIH PROIZVODA U PZZ	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ FZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE KOMORE I UDRUŽENJA	KONTINUIRANO	USPOSTAVLJENA RACIONALNIJA I EFIKASNIJA UPOTREBA FARMACEUTSKIH PROIZVODA
7.	UKLJUČIVANJE LOKALNE ZAJEDNICE U BRIZI ZA ZDRAVLJE I PREPOZNAVANJU I/ILI OTKLANJANJU FAKTORA RIZIKA	LJUDSKI FINANSIJSKI	VLADE FMZ KMZ ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE LOKALNE ZAJEDNICE	36 MJESECI	LOKALNE ZAJEDNICE OSNOVALE ZDRAVSTVENE SAVJETE I AKTIVNO UČESTVUJU U BRIZI O ZDRAVLJU STANOVNIŠTVA

FUNKCIJA SISTEMA – USLUGE/SERVISI					
BROJ: 02 SPECIFIČNI CILJ: RACIONALIZACIJA SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNE I BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE					
BROJ	AKTIVNOSTI	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVLJANJE I PROVOĐENJE MJERA ZA RACIONALNU I EFIKASNU UPOTREBU RASPOLOŽIVIH RESURSA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ ZZO ZZJZ AKAZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	36 MJESECI	RACIONALNIJA I EFIKASNIJA UPOTREBA RESURSA
2.	JAČANJE UPRAVLJAČKIH VJEŠTINA	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ MENADŽMENT BOLNICA ZDRAVSTVENI RADNICI	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐENE VJEŠTINE UPRAVLJANJA
3.	USPOSTAVLJANJE NOVIH MEHANIZAMA PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA U BOLNIČKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	USPOSTAVLJENI NOVI MEHANIZMI PLAĆANJA
4.	UNAPREĐENJE KVALITETE I SIGURNOSTI U PRUŽANJU BOLNIČKIH ZDRAVSTVENIH USLUGA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT TEHNOLOŠKI	FMZ KMZ AKAZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	POBOLJŠANA KVALITETA I SIGURNOST BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
5.	UNAPREĐENJE RESURSA U BOLNIČKOJ	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	VLADE FMZ KMZ	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐENI USLOVI RADA

	ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	MATERIJALNO-TEHNIČKI TEHNOLOŠKI	ZZO AKAZ ZDRAVSTVENE USTANOVE		
6.	USPOSTAVLJANJE FUNKCIONALNE I EFIKASNE SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT MATERIJALNO-TEHNIČKI TEHNOLOŠKI	FMZ KMZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	USPOSTAVLJENA FUNKCIONALNA I EFIKASNA SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
7.	UNAPREĐENJE EFIKASNOSTI REFERALNOG SISTEMA SA NIVOVA SEKUNDARNOG NA TERCIJARNI NIVO I LIJEČENJE U INOSTRANSTVU	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	UNAPREĐENJE EFIKASNOSTI I KVALITETE SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNE I BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

FUNKCIJA SISTEMA – USLUGE/SERVISI					
BROJ: 03 SPECIFIČNI CILJ: JAČANJE ULOGE JAVNOG ZDRAVSTVA					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	DONOŠENJE STRATEGIJE RAZVOJA JAVNOGA ZDRAVSTVA I LEGISLATIVE USKLAĐENE SA EU	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ ZZJZ	24 MJESECA	DONESENA STRATEGIJA RAZVOJA JAVNOGA ZDRAVSTVA
2.	USKLAĐIVANJE IZVJEŠTAVANJA PREMA MEĐUNARODNIM STANDARDIMA I EUROSTATU	LJUDSKI FINANCIJSKI IKT	ZZJZ	48 MJESECI	USKLAĐEN SISTEM IZVJEŠTAVANJA SA MEĐUNARODNIM STANDARDIMA I EUROSTATOM
3.	JAČANJE PROMOTIVNO-PREVENTIVNIH PROGRAMA I INTERVENCIJA U FUNKCIJI PODIZANJA SVIJEŠTI O ZNAČAJU ZDRAVLJA	LJUDSKI FINANSIJSKI MEDIJI	VLADE ZZJZ	KONTINUIRANO	RAZVIJEN SISTEM PROMOCIJE I PREVENTIVNO PROMOTIVNIH PROGRAMA
4.	UNAPREĐENJE IDENTIFIKACIJE, PREVENCIJE I KONTROLE FAKTORA RIZIKA OKOLIŠA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT MATERIJALNO-TEHNOLOŠKI TEHNIČKI MEDIJI	VLADE FMZ KMZ ZZJZ ODGOVORNI ZA OKOLIŠ	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐEN SISTEM IDENTIFIKACIJE I KONTROLE FAKTORA RIZIKA SA CILJEM PREVENCIJE OD ŠETNOG DJELOVANJA ISTIH
5	USPOSTAVA SISTEMA MENADŽMENTA	LJUDSKI FINANSIJSKI	VLADE FMZ	60 MJESECI	USPOSTAVLJEN SISTEM MENADŽMENTA

	MEDICINSKOG OTPADA	IKT MATERIJALNO- TEHNOLOŠKI TEHNIČKI MEDIJI	KMZ ZZJZ ODGOVORNI ZA OKOLIŠ		MEDICINSKOG OTPADA
5.	JAČANJE EKOLOŠKE SVIJEŠTI	LJUDSKI FINANSIJSKI MEDIJI	VLADE FMZ KMZ ZZJZ DRUGI SEKTORI	KONTINUIRANO	POBOLJŠANA JAVNOZDRAVSTVENA I EKOLOŠKA SVIJEŠT ZDRAVSTVENIH RADNIKA I STANOVNIŠTVA FBIH
6.	INSTITUCIONALNO JAČANJE KAPACITETA JAVNOG ZDRAVSTVA NA SVIM NIVOIMA	LJUDSKI FINANSIJSKI MEDIJI	VLADE FMZ KMZ ZZJZ OSTALI SEKTORI	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐENI RESURSI JAVNOG ZDRAVSTVA U RELEVANTNIM SEKTORIMA
7	POVEĆANJE BIOSIGURNOSTI LABORATORIJA U FBIH	LJUDSKI FINANSIJSKI	VLADA FEDERALNA VLADE KANTNALNE EU KOMISIJA	48 MJESECI	USPOSTAVLJENA MREŽA BIOSIGURNOSNIH LABORATORIJA
8	JAČANJE ZDRAVSTVENOG SISTEMA ZA BRZI ODGOVOR NA GLOBALNE PRETNJE ZDRAVLJU (PTIČIJA GRIPA , BIOTERORIZAM .ITD)..	LJUDSKI FINANSIJSKI	VLADA FEDERALNA VLADE KANTNALNE WHO EU KOMISIJA	KONTINUIRANO	OJAČAN SISTEM UPOZORAVANJA , REAKCIJE I IZVJEŠTAVANJA PO PITANJU GLOBALNIH PRIJETNJI U SKLADU SA PREPORUKAMA WHO I EU

FUNKCIJA SISTEMA – RESURSI					
BROJ: 01 SPECIFIČNI CILJ: JAČANJE LJUDSKIH RESURSA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVLJANJE PROCESA PLANIRANJA NA SVIM NIVOIMA PREMA STVARNIM POTREBAMA	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE MINISTARSTVA OBRAZOVANJA OBRAZOVNE USTANOVE	48 MJESECI	USPOSTAVLJEN PROCES PLANIRANJA
2.	UNAPRIJEĐENJE SISTEMA OBRAZOVANJA SVIH PROFILA ZDRAVSTVENIH RADNIKA (DODIPLOMSKO I POSTDIPLOMSKO)	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ MINISTARSTVA OBRAZOVANJA KOMORE I UDRUŽENJA OBRAZOVNE USTANOVE	48 MJESECI	POBOLJŠANJE ZNANJA I VJEŠTINA ZDRAVSTVENIH RADNIKA
3.	UVOĐENJE ODRŽIVIH I UČINKOVITIH MEHANIZAMA UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA	LJUDSKI FINANSIJSKI	VLADE FMZ KMZ ZZJZ MIN OBRAZOVANJA ZDRAVSTVENE I OBRAZOVNE USTANOVE	48 MJESECI	UVEDENI MEHANIZMI UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA

FUNKCIJA SISTEMA – RESURSI					
BROJ: 02		SPECIFIČNI CILJ: UNAPREĐENJE FARMACEUTSKOG SEKTORA KAKO BI SE OSIGURALA OPTIMALNA DOSTUPNOST DJELOTVORNIM, SIGURNIM, KVALITETNIM I EKONOMIČNIM LIJEKOVIMA			
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVLJANJE SARADNJE SA DRŽAVNOM AGENCIJOM ZA LIJEKOVE	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	AGENCIJA ZA LIJEKOVE BIH FMZ	12 MJESECI	USPOSTAVLJENA SARADNJA
2.	UNAPRIJEDITI SISTEM KOJI ĆE OSIGURATI SNABDJEVANJE I DISTRIBUCIJU DJELOTVORNIM, SIGURNIM I KVALITETNIM LIJEKOVIMA KOJI DONOSE POZITIVNE UČINKE I DOPRINOSE SMANJENJU TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	LJUDSKI MATERIJALNI TEHNIČKI	AGENCIJA ZA LIJEKOVE FMZ KMZ APOTEKE VELEDROGERIJE ZDRAVSTVENE USTANOVE	48 MJESECI	UNAPRIJEĐEN SISTEM SNABDJEVANJA I DISTRIBUCIJE
3.	OMOGUĆITI JEDNAKOST U DOSTUPNOSTI KVALITETNIH, EFIKASNIH, SIGURNIH LIJEKOVA STANOVNIŠTVU NA TERITORIJI FBIH	LJUDSKI FINANSIJSKI TEHNIČKI	VLADE FMZ KMZ FZO	48 MJESECI	DOSTUPNI EFIKASNI I KVALITETNI LIJEKOVI ZA SVE STANOVNIKE FBIH
4.	UNAPREĐENJE SISTEMA OSIGURANJA KVALITETE LIJEKOVA	LJUDSKI MATERIJALNO- TEHNIČKI TEHNOLOŠKI FINANSIJSKI	FMZ ZAVOD ZA KONTROLU LIJEKOVA AKAZ VELEDROGERIJE	48 MJESECI	POBOLJŠAN SISTEM OSIGURANJA KVALITETE LIJEKOVA

5.	JACANJE SARADNJE SA FARMACEUTSKOM INSPEKCIJOM	LJUDSKI FINANCISJKI IKT	NADLEŽNE INSPEKCIJE FMZ KMZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	KONTINUIRANO	UNAPRIJEĐENA SARADNJA FMZ I NADLEŽNIH INSPEKCIJA
6.	USPOSTAVITI MONITORING I EVALUACIJU U OBLASTI FARMACIJE	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ ZAVOD ZA KONTROLU LIJEKOVA ZZO INSPEKTORAT AKAZ VELEDROGERIJE APOTEKE	36 MJESECI	USPOSTAVLJEN SISTEM ZA MONITORING I EVALUACIJU
7.	USPOSTAVLJANJE CENTRA ZA LIJEKOVE RADI OSIGURANJA PRAVOVREMENOG INFORMIRANJA O LIJEKOVIMA	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT MATERIJALNO-TEHNIČKI TEHNOLOŠKI	FMZ KMZ	36 MJESECI	USPOSTAVLJEN CENTAR ZA LIJEKOVE

FUNKCIJA SISTEMA - RESURSI					
BROJ: 03 SPECIFIČNI CILJ: UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA TEHNOLOGIJAMA U ZDRAVSTVU					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVLJANJE REGISTRA MEDICINSKE I INFORMACIONE OPREME U ZDRAVSTVU	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZJZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	USPOSTAVLJEN REGISTAR
2.	PLANSKO UVOĐENJE SUVREMENIH EFIKASNIH I KOSTEFEKTIVNIH MEDICINSKIH TEHNOLOGIJA	LJUDSKI MATERIJALNO- TEHNIČKI TEHNOLOŠKI FINANSIJSKI	VLADE FMZ KMZ FZO ZDRAVSTVENE USTANOVE LOKALNA ZAJEDNICA	KONTINUIRANO	TEHNOLOGIJE KOJE SE UVODE SU SUVREMENE, EFIKASNE I KOSTEFEKTIVNE
3.	STVARANJE PLATFORME ZA IKT RAZVOJ U ZDRAVSTVENOM SISTEMU FBIH	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ	24 MJESECA	UTVRĐENA PLATFORMA ZA IKT RAZVOJ
4.	IMPLEMENTACIJA IKT PLATFORME	LJUDSKI TEHNIČKI MATERIJALNI FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO ZZJZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	48 MJESECI	IMPLEMENTIRANA PLATFORMA IKT
5.	UNAPREĐENJE SISTEMA UPRAVLJANJA I ODRŽAVANJA TEHNOLOGIJA	LJUDSKI FINANSIJSKI TEHNIČKI	FMZ KMZ ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	USPOSTAVLJEN EFIKASAN SISTEM ZA ODRŽAVANJE I UPRAVLJANJE TEHNOLOGIJAMA U ZDRAVSTVU

6.	DONOŠENJE KRITERIJA O TEHNIČKIM KARAKTERISTIKAMA MEDICINSKE OPREME PRI NABAVCI U SKLADU SA PROPISIMA EU	LJUDSKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ OSTALE RELEVANTNE INSTITUCIJE (AGENCIJA ZA STANDARDIZACIJU I MJERITELJSTVO)	60 MJESECI	USPOSTAVLJENI KRITERIJI
----	---	------------------------	---	------------	-------------------------

OPĆI CILJ: FUNKCIJA SISTEMA-FINANSIRANJE					
BROJ: 01 SPECIFIČNI CILJ: UNAPREĐENJE SISTEMA UGOVARANJA I PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTAT
1.	UTVRDITI I USVOJITI NOVE MEHANIZME UGOVARANJA I PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA	LJUDSKI TEHNIČKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO	18 MJESECI	USVOJENI PODZAKONSKI AKTI KOJI OSIGURAVAJU PROVEDBU OVE AKTIVNOSTI
2.	IMPLEMENTIRATI NOVE MODELE UGOVARANJA I MEHANIZME PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA U VANBOLNIČKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	LJUDSKI IKT FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	IMPLEMENTIRANI NOVI MODELI UGOVARANJA I PLAĆANJA
3.	UVESTI NOVE MODELE UGOVARANJA I MEHANIZME PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA U BOLNIČKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	LJUDSKI FINANSIJSKI IKT	FMZ KMZ ZZO ZDRAVSTVENE USTANOVE	60 MJESECI	UVEDENI NOVI MODELI I MEHANIZMI PLAĆANJA

	OPĆI CILJ: FUNKCIJA SISTEMA- FINANSIRANJE				
BROJ: 02	SPECIFIČNI CILJ: <i>UDRUŽIVANJEM RIZIKA I POVEĆANJEM SOLIDARNOSTI UNAPRIJEDITI PRAVIČNOST U FINANCIRANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE</i>				
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTATI
1.	USPOSTAVITI ODRŽIVE IZVORE FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ZA SVE STANOVNIKE U FBIH	LJUDSKI TEHNIČKI FINANSIJSKI	VLADE FMZ KMZ ZZO OSTALI RELEVANTNI	36 MJESECI	USPOSTAVLJEN ODRŽIV FINANSIJSKI OKVIR
2.	USVAJANJE OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH PRAVA	LJUDSKI FINANSIJSKI TEHNIČKI	PARLAMENT VLADE FMZ KMZ ZZO OSTALI RELEVANTNI	8 MJESECI	USVOJEN OSNOVNI PAKET ZDRAVSTVENIH PRAVA
3.	IMPLEMENTACIJA OSNOVNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH PRAVA	LJUDSKI FINANSIJSKI TEHNIČKI	VLADE FMZ KMZ ZZO OSTALI RELEVANTNI	12 MJESECI	IMPLEMENTIRAN OSNOVNI PAKET

OPCI CILJ: FUNKCIJA SISTEMA-FINANSIRANJE					
BROJ: 03 SPECIFIČNI CILJ: POVEĆANJE OBUHVATA STANOVNIŠTVA ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM					
BROJ	AKTIVNOST	RESURSI	ODGOVORAN	VREMENSKI PERIOD	OČEKIVANI REZULTAT
1.	DOSLJEDNA IMPLEMENTACIJA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU	LJUDSKI TEHNIČKI FINANSIJSKI	FMZ KMZ ZZO OSTALI RELEVANTNI	KONTINUIRANO	IMPLEMENTIRAN ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
2.	UNAPRIJEDITI SISTEM EVIDENTIRANJA, PRIKUPLJANJA I KONTROLE NAPLATE DOPRINOSA ZA OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	LJUDSKI TEHNIČKI IKT FINANSIJSKI	POREZNA UPRAVA ZZO OBVEZNICI UPLATE DOPRINOSA	24 MJESECA	UNAPRIJEĐEN SISTEM
3.	PROMOCIJA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	LJUDSKI TEHNIČKI FINANSIJSKI MEDIJI	FMZ KMZ ZZO	KONTINUIRANO	PROVOĐENJE PROMOTIVNIH AKTIVNOSTI
4.	UVOĐENJE DOBROVOLJNOG I PROŠIRENOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	LJUDSKI TEHNIČKI IKT FINANSIJSKI	VLADE FMZ KMZ ZZO OSTALI RELEVANTNI	36 MJESECI	IMPLEMENTIRANI DOBROVOLJNO I PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

7. OPERACIONALIZACIJA I IMPLEMENTACIJA STRATEŠKOG PLANA

Federalni ministar zdravstva FBiH imenovati će ekspertne timove za svaku od poluga sistema ili za jedan ili više specifičnih strateških ciljeva. Timovi će biti zadužen da razviju detaljan operativni plan kao i indikatore za svaki od specifičnih ciljeva u okviru dijela za koji je imenovan.

Ekspertnim timom će rukovoditi imenovani djelatnik federalnog ministarstva zdravstva, koji će ujedno biti odgovoran za koordinaciju i rad tima, kao i za redovno izvještavanje federalnog ministra o implementaciji strateškog plana.

Predviđeno je da kantonalna ministarstva zdravstva osnuju ista ili slična tijela koja će biti zadužena za implementaciju na kantonalnom nivou.

Rukovodioci ekspertnih timova će biti zaduženi da pripremaju redovne izvještaje za sastanke ministara zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine.

7. DOKUMENTACIONA OSNOVA

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Službene novine Federacije BiH broj: 29/97
- Zakon o zdravstvenom osiguranju, Službene novine Federacije BiH broj: 30/97
- Strategija za razvoj primarne zdravstvene zaštite, Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 2006.
- SITAP (Situaciona analiza)
- Ustav Bosne i Hercegovine
- Ustav Federacije BiH
- ZAKONI O LIJEKOVIMA
- Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine 2005, Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2006.
- Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji Bosne i Hercegovine 2002, Zavod za javno zdravstvo FBiH, Sarajevo-Mostar 2002.
- Epidemiološki bilten 2006, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Sarajevo, 2007.
- Izvještaj o obolijevanju od tuberkuloze po prijavi oboljenja, Klinika za bolesti pluća i tuberkulozu KCU Sarajevo, 2006.
- Izvještaj o zdravstvenom stanju stanovništva i organizaciji zdravstva na području Kantona Sarajevo u 2006. godini, Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo, Sarajevo, 2007.
- Pregled zdravstvenog stanja stanovništva, rada javno-zdravstvenih ustanova i organizacije zdravstvene zaštite na području Unsko-sanskog kantona u 2006. godini, Zavod za javno zdravstvo Unsko-sanskog kantona, Bihać, 2007.
- Zdravstveni sistem Tuzlanskog kantona i indikatori zdravlja za 2006. godinu, Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, Tuzla, 2007.
- Izvještaj o zdravstvenom stanju stanovništva i organizaciji zdravstva na području Zeničko-dobojskog kantona u 2006. godini, Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica, 2007.
- Izvještaj o zdravstvenom stanju stanovništva i organizaciji zdravstva na području Hercegovačko-neretvanskog kantona, Mostar, 2007.
- Analiza o zdravstvenom stanju stanovništva na području BPK-a Goražde za 2005. godinu, JU Zavod za javno zdravstvo BPK Goražde, Goražde, 2006.
- Radioaktivnost u životnoj sredini Federacije Bosne i Hercegovine, Zavod za javno zdravstvo FBiH, Sarajevo, 2006.
- Strategija za razvoj primarne zdravstvene zaštite, 2006, NAP1 Nacionalni akcioni plan za medicinske sestre i babice, Federalno ministarstvo zdravstva uz pomoć EU i SZO
- Istraživanje «Živjeti u BiH», Talas 4 sprovedeno 2004. godine
- www.fzs.ba

- Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji Bosne i Hercegovine 2002, Zavod za javno zdravstvo FBiH, Sarajevo-Mostar 2002.
- www.bhmac.org
- Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH
- Zakon o utvrđivanju i načinu izmirenja unutarnjih obveza Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj: 66/04, 49/05 i 35/06), a s tim u svezi sukladno i Zakonu o naplati i djelimičnom otpisu dospjelih, a nenaplaćenih doprinosa za socijalno osiguranje ("Službene novine Federacije BiH", broj 25/06),
- Naputak o postupku izmirenja duga po osnovu doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje ("Službene novine Federacije BiH", broj: 62/04).
- Deklaracija iz Otawe
- Izvještaj broj: 36156-BiH, Bosna i Hercegovina: Obračun sa fiskalnim izazovima i jačanje perspektiva za rast.
- Pregled javne potrošnje i institucija, Septembar 2006.godine, SB
- Pregled mehanizama osiguranja kvaliteta prakse zdravstvenih radnika u Federaciji Bosne i Hercegovini, dr Zoran Riđanović, maj 2005.god.

8. LITERATURA

- UNICEF, Rezultati klsterskog istraživanja višestrukih indikatora u Federaciji BiH 2006, preliminarni izvještaj, Sarajevo, 2006.
- Srednjoročna razvojna strategija BiH-PRSP (2004.-2007.godina), Vijeće ministara BiH, Vlada Federacije BiH i Vlada Republike Srpske, Sarajevo, 2004.
- (WHR 2006)
- UNDP Izvještaj o humanom razvoju 2007: Socijalna uključenost u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2007.
- Strategija i plan reforme sistema zdravstva u Federaciji BiH, 2002.-2012, nacrt, Federalno ministarstvo zdravstva, 2002.