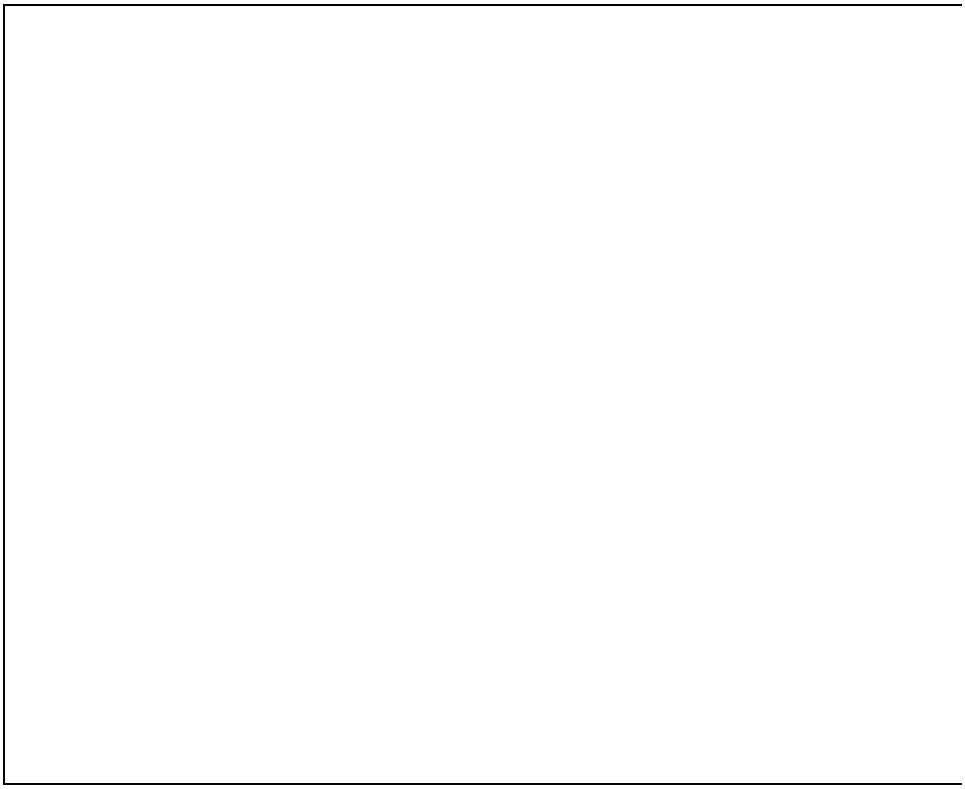
Huseinagić, Hrabač, Bodnaruk

UGOVARANJE U PORODIČNOJ MEDICINI

Zenica, 2010

CIP – katalogizacija



Senad Huseinagić, Boris Hrabač, Snježana Bodnaruk

Ugovaranje u porodičnoj medicini

Izdavač:

Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica

Recenzenti:

Prof. dr. Aziz Šunje (Univerzitet u Sarajevu, BIH)
Prof. dr. Adnan Rovčanin (Univerzitet u Sarajevu, BIH)

Lektor:

Željko Grahovac

Naslovna strana:

Studio Pasha Zenica

Štampa:

BEMUST d.o.o. Sarajevo

Tiraž:
500 kom

SADRŽAJ

PREDGOVOR 7
GLOSAR POJMOVA 11
1. Uvod 15
1.1. Ključni faktori u odabiru finansijskih modaliteta 18
1.2. Pregled metoda plaćanja zdravstvenih usluga 19
2. Ugovaranje zdravstvene zaštite 25
2.1. Ugovaranje u porodičnoj medicini 26
2.2. Koncept porodične medicine 27
2.3. Povećanje efikasnosti tima porodične medicine 30
2.3.1. Monitoring hroničnog pacijenta 32
2.3.2. Monitoring i evaluacija rada patronažne sestre 33
2.3.3. Sistem zakazivanja pregleda: standardi 35
2.3.4. Zaključna razmatranja 36
2.4. Registracija pacijenata u ambulantama porodične medicine 36
2.4.1. Tok informacija u toku registracije pacijenata 39
2.5. Osnovni uslovi za priznavanje porodične medicine 40
2.6. Modeli ugovaranja u porodičnoj medicini 42
2.7. Koncept plaćanja 45
2.7.1 Neke dodatne mjere 47
2.7.2. Plaćanje osoblja u privatnom sektoru 50
2.7.3. Plaćanje osoblja u javnom sektoru 51
2.7.4. Nagradna plaćanja i penali 56
3. Metodologija monitoringa 61
3.1. Kvalitet zdravstvene zaštite 62
3.2. Utvrđivanje pokazatelja rada s ciljem praćenja implementacije ugovora 63
3.3. Prelazno praćenje 65
4. Pravni okvir za pojedinačno ugovaranje 69
4.1. Zakoni i podzakonski akti bitni za ugovaranje usluga porodične medicine 72
4.2. Iskustva i rezultati implementiranih projekata iz oblasti zdravstva značajnih za ugovaranje porodične medicine 90
4.3. Strategije iz oblasti zdravstva 94
4.4. Novine u predloženim federalnim zakonima koji se odnose na porodičnu medicinu 96
4.5. Zaključak 107
5. Informatička podrška 109
5.1. Analiza postojećeg stanja 110
5.2. Filozofija i arhitektura aplikativnog softvera za porodičnu medicinu kao podrška menadžmentu prakse 111
5.2.1. Opći principi dizajna 111
5.2.2. Moduli i jedinice softvera 112
5.2.3. Pristupanje aplikaciji 116
5.2.4. Klijent-server koncept 120

5.2.5. Uvezivanje baza podataka 121
5.2.6. Zaključak 122
LITERATURA 125
PRILOZI 129

PREDGOVOR

Cilj ove knjige je prikazati naš novi koncept organizacije i upravljanja sistemom prakse porodične medicine, koji je prihvaćen kako na razini politike zdravstvene zaštite Federacije Bosne i Hercegovine, tako i u polju aktivnosti implementacije ovog koncepta u više kantona, gdje se na ovim reformama radi već niz godina. Pored organizacionih pitanja na makro-razini i menadžerskih pitanja na mikro-razini, značajan dio ove knjige se bavi reformom sistema finansiranja porodične medicine. Sa stajališta strategijskog upravljanja bilo bi veoma značajno razviti jedinstvenu metodologiju finansiranja i organizacije porodične medicine u Federaciji kao cjelini, naravno uvažavajući neke regionalne specifičnosti. Prema tome, jedan od vodećih ciljeva ove knjige je i promicati jedinstvene strategijske odrednice koje se tiču ovog subsektora zdravstvenog sistema. Reforma primarne zdravstvene zaštite kroz jačanje porodične medicine implicitno involvira i niz promjena na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

Naše političko opredjeljenje je prihvatiti koncept »vratara« u porodičnoj medicini u kontekstu referalnog sistema u cjelini. U cilju implementacije takvog koncepta želimo se koristiti kako zakonskim propisima u vezi sa referalnim sistemom u cjelini, tako i finansijsko-motivacionim faktorima, a sve u cilju poboljšanja efikasnosti na svim razinama zdravstvene zaštite. Niz motivacionih faktora finansijske prirode bi trebali rezultirati zbirom podstreka za kontrolu troškova, kao i za finansijski održiv razvoj zdravstva u cjelini.

Važna karakteristika primarne zdravstvene zaštite je njeno insistiranje na decentralizaciji. U budućnosti će decentralizacija biti važna prednost Bosne i Hercegovine u oblasti finansiranja i upravljanja zdravstvenom zaštitom. Činjenica koja zahtjeva decentralizaciju je također i razlog da novi zdravstveni sistem mora biti u stanju procijeniti i odgovoriti na potrebe zajednice brže nego je to u stanju sadašnji. Stoga bi lokalni način upravljanja zdravstvenom zaštitom trebao omogućiti da se mjere zdravstvene zaštite planiraju u skladu sa demografskim, socijalnim i epidemiološkim profilima zajednice. Predloženi pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti veoma naglašava zdravstveni informacioni sistem i potrebu da djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti sami redovno prikupljaju i analiziraju podatke iz zajednice.

Mjesto i uloga korisnika usluga su definirani u skladu sa savremenim trendovima reforme zdravstva u Evropi. Prava pacijenata su definirana u skladu sa *Deklaracijom o pravima pacijenata* (Svjetska zdravstvena

organizacija, 1994). Zakonom se korisnicima zdravstvenih usluga garantiraju odgovarajuća prava u procesu ostvarivanja zdravstvene zaštite, ali im se istovremeno nameću i određene obaveze u cilju poduzimanja samozaštitnih mjera zaštite zdravlja. Sukladno savremenim trendovima razvoja demokratskih društava u Evropi, građanima kao potencijalnim korisnicima zdravstvene zaštite mora se osigurati pravo slobodnog izbora (doktora, zdravstvene ustanove i donošenja kliničkih odluka), kao i sudjelovanje u kreiranju zdravstvene politike na lokalnoj razini. Jedan od modaliteta za sudjelovanje građana bili bi »općinski zdravstveni savjeti«, koje bi pored zdravstvenih djelatnika činili građani, različite volonterske grupe i udruge pacijenata.

Također se naglašava da zdravstvena zaštita mora biti konzistentnija sa socijalnim i zdravstvenim karakteristikama populacije i da je porodica vjerojatno najživotvornija funkcionalna jedinica kroz koju se može djelovati. Ako se porodica aktivno uključi u zdravstvenu zaštitu vlastitog zdravlja i usko sarađuje sa zdravstvenim sistemom, onda će se na ekonomski visoko isplativ način, uz najmanje napore, zdravstvenom zaštitom obuhvatiti najveći dio populacije. Zdravstvena zaštita orijentirana ka porodici također pruža priliku za podjelu odgovornosti za zdravlje sa javnošću, koristeći se promocijom zdravog stila života.

Ova knjiga insistira na promicanju principa primjene ljudskih prava u zdravstvenoj zaštiti, što prije svega podrazumijeva jednaka prava svih ljudi na život i zdravlje. Jednakost i pravičnost u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, između ostaloga, podrazumijevaju i respektiranje principa jednake dostupnosti usluga porodične medicine za sve građane. Osobito se naglašava značaj blagovremene registracije pacijenata, tj. procesa izbora tima porodične medicine za svaku kalendarsku godinu.

Razvoj porodične medicine podrazumijeva i jačanje uloge doma zdravlja sa ciljem koordinacije ovog dijela zdravstvenog sistema. Razvoj timova porodične medicine nipošto ne smije podrazumijevati gašenje institucije domova zdravlja u BiH. Korjenita reorganizacija doma zdravlja kao institucije pred nju stavlja nove uloge i zadatke, koji su svakako složeniji i značajniji od onih u prošlosti. Dom zdravlja mora biti u stanju kako efikasnije raspolagati oskudnim resursima, tako i efektivnije odgovoriti na zdravstvene potrebe stanovništva u cjelini. Nova uloga doma zdravlja u procesu ugovaranja nudi mu šansu da demonstrira ekonomsku efikasnost, ali i da kroz pravično nagrađivanje zaposlenih zadovolji pluralizam interesa svih aktera ovog podsistema u zdravstvu.

Knjiga je namijenjena širokom krugu čitatelja zainteresiranih za ovu oblast, kao što su npr. djelatnici zavoda za zdravstveno osiguranje, članovi timova porodične medicine, menadžeri zdravstvenih ustanova, kreatori zdravstvene politike, djelatnici iz javnog zdravstva, studenti fakulteta

zdravstvenog usmjerenja, i sl. Nadamo se da će knjiga kroz proces informiranja ljudi o novom konceptu organizacije primarne zdravstvene zaštite značajno doprinijeti promicanju ove ideje i lakšoj njenoj implementaciji u praksi.

Naša zahvalnost za doprinos u izradi ove knjige posebno pripada: Salihu Hercegu, dipl. ecc, Sulejmanu Muminoviću, dipl. ecc, dr. Feridu Aliću, Ibrahimu Imamoviću, Feđi Drndi, dipl. ecc, Zlati Fetić, dipl. iur. i dr. Almi Alić, spec. PM.

Autori

GLOSAR POJMOVA

Kapitacija / glavarina predstavlja fiksnu svotu novca po pacijentu za određeni vremenski period (1 godina), koji se liječniku plaća unaprijed za usluge iz godišnjeg programa rada, ugovorenog sa zavodom zdravstvenog osiguranja.

Porodična medicina je prvi kontakt sa pacijentom u sklopu sistema zdravstvene zaštite, osiguravajući otvoren i neograničen pristup za njegove korisnike, rješavajući sve zdravstvene probleme bez obzira na dob, spol ili bilo koju drugu karakteristiku pacijenta.

Uloga »vratara« se odnosi na ulogu svih aktera u referalnom sistemu zdravstva sa ciljem pružanja više usluga i zadovoljavanja više zdravstvenih potreba na nižim nivoima zdravstvene zaštite, ukoliko to resursi dozvoljavaju. Uloga „vratara“ se regulira kako legislativnim mjerama, tako i stimulativno-finansijskim. Očekuje se da bi ova funkcija u zdravstvenom sistemu trebala poslužiti boljoj „kontroli troškova“.

Uloga »platiše zdravstvene zaštite« (*fund-holder*) podrazumijeva ulogu pojedinačnih davalaca zdravstvenih usluga ili cijelih zdravstvenih institucija kao platiša za troškove pojedinih zdravstvenih usluga, kao što su npr. troškovi za lijekove na recept, specijalističke konsultacije, laboratorijske pretrage, liječenje u bolnici, operacija ugradnje vještačkog kuka, i sl. Platiša zdravstvene zaštite za tu ulogu dobiva sredstva od fonda zdravstvenog osiguranja, a na sebe preuzima finansijski rizik ili mogućnost kreiranja vlastitog profita. Ova uloga se koristi sa ciljem kontrole troškova u zdravstvu.

Davalac zdravstvenih usluga (*health care provider*) je svaki pojedinac ili ustanova koja pruža usluge zdravstvene zaštite svojim pacijentima.

Kupac zdravstvenih usluga (*health care purchaser*) može biti fond zdravstvenog osiguranja (u sistemima sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem ili privatnim zdravstvenim osiguranjima) ili ministarstvo zdravstva u ime svojih vlada (u sistemima Beveridge-ovog tipa).

Referalni sistem predstavlja normativno prihvaćen stav jedne zemlje o načinu upućivanja pacijenata ka drugim davaocima zdravstvenih usluga, kako na istom, tako i na višem nivou zdravstvene zaštite. Podrazumijeva korištenje kako legislativnih, tako i stimulativnih mjera za aktere u zdravstvenom sistemu.

Ugovaranje se smatra instrumentom za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. Esencijalni elemenat ugovaranja je uvođenje više tržišno

orijentirane forme institucionalne alokacije sredstava, temeljene na odvajanju finansijera od davalaca usluga.

Registracija pacijenata je termin kojim se obično označava slobodan izbor doktora porodične medicine ili tima porodične medicine od stane pacijenata, a odnosi se na period od jedne kalendarske godine.

Slobodan izbor doktora je osnovno ljudsko pravo u zdravstvenoj zaštiti i reguliran je u Deklaraciji o pravima pacijenata Evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije. Ovo pravo pacijenta se također regulira zakonima svake od zemalja članica.

Mreža praksi porodične medicine se definira na prijedlog kantonalnog ministarstva zdravstva i eksplicitno dozvoljava obavljanje djelatnosti porodične medicine na teritoriju za koji je to ministarstvo odgovorno, te mogućnost finansiranja takve mreže davalaca usluga iz sredstava zavoda zdravstvenog osiguranja.

Geografski definirano područje tima porodične medicine predstavlja teritorij na kome živi stanovništvo koje gravitira određenoj ambulanti porodične medicine. Predstavlja tendenciju ka regionalizaciji zdravstvene zaštite na njenom najnižem nivou. Sa sobom nosi niz prednosti za rad porodične medicine. Koncept geografski definirane zone ne isključuje pravo pacijenta na slobodan izbor doktora porodične medicine. Pacijent se obično informira o timu porodične medicine koji pokriva određeni teritorij, ali pacijent ima pravo slobodnog izbora drugog tima.

Primarna zdravstvena zaštita je esencijalna zdravstvena zaštita učinjena pristupačnom po cijeni koju zemlja i društvo mogu priuštiti, uz metode koje su praktične, znanstveno i socijalno prihvaćene.

Aktivna zdravstvena zaštita obuhvata zdravstvene mjere koje je nužno preduzimati od strane društva i zdravstvene službe u organiziranom obliku u zaštiti zdravlja stanovništva. Ove mjere podrazumijevaju promociju zdravlja, specifičnu prevenciju i rano otkrivanje bolesti. Sinonim je za pojam zdravstvenih potreba.

Pasivna zdravstvena zaštita podrazumijeva zaštitu zdravlja u svim slučajevima kada se pojedinci obraćaju zdravstvenim institucijama radi rješavanja svojih zdravstvenih problema. Sinonim je za pojam zdravstvenih zahtjeva.

Godišnji program rada tima porodične medicine predstavlja dokument na osnovu kojeg liječnik obiteljske medicine sklapa prospektivni ugovor sa fondom zdravstvenog osiguranja o obimu usluga za svoju populaciju

registriranih pacijenata. Godišnji program rada tima OM mora biti prilog ugovoru sa fondom zdravstvenog osiguranja.

Socijalno-medicinska dijagnoza zajednice je poznavanje čitave zajednice u interakciji zdravstveno-socijalnog, kulturnog i ekonomskog okruženja, sa ciljem definiranja prioritetnih programa djelovanja, kao i adekvatnih planiranja i programiranja u zdravstvu.

Promocija zdravlja predstavlja njegovanje stilova života i drugih socijalnih, ekonomskih, okolišnih i osobnih faktora koji vode ka zdravlju.

Zdravi stilovi života (*healthy life styles*) označavaju skup navika i običaja na koji utiče, mijenja ga, podstiče ili ograničava doživotni proces socijalizacije. Ove navike i običaji uključuju korištenje supstancija (alkohol, duhan, čaj i kafa), zatim navike u ishrani, fizičku aktivnost, te rad i odnos prema radu.

Zdravstveni odgoj je mjera zdravstvene zaštite kojom se, putem razvijanja zdravog i mijenjanja štetnog zdravstvenog ponašanja, te podučavanjem i širenjem informacija o zdravstvenim postupcima, postiže unaprijeđenje zdravlja, sprečavanje, te liječenje i ublažavanje posljedica bolesti.

Potrebe su zdravstvene usluge koje bi trebalo pružiti radi unapređenja zdravlja, specifične prevencije i ranog otkrivanja bolesti.

Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom predstavljaju količinu i vrstu zdravstvenih usluga koje zahtijevaju pojedinac ili cijela populacija.

„Zahtjev-induciran-ponudom“ (*supply-induced-demand*) podrazumijeva bilo kakvu mogućnost za uticaj davalaca zdravstvenih usluga na broj i strukturu zdravstvenih usluga koje se pružaju u nekom sistemu zdravstvene zaštite, a utemeljen je na stimulatornim efektima koje sistem posjeduje.

Kontrola troškova predstavlja ograničavanje zdravstvene potrošnje na prethodno definiranoj razini. Važno je razlikovati proces kontrole troškova u zdravstvu od različitih strategija smanjenja potrošnje u zdravstvu ili porasta efikasnosti zdravstvenih usluga.

Obuhvat zdravstvenim osiguranjem predstavlja procentualni udjel stanovništva koji ima zdravstveno osiguranje. Naše zakonodavstvo favorizira koncept univerzalnog obuhvata osiguranjem za sve građane po nekom od osnova za plaćanje doprinosa.

Doprinos za zdravstveno osiguranje predstavlja svotu novca koja se uplaćuje mjesečno za pojedine kategorije osiguranika u sistemu socijalnog zdravstvenog osiguranja.

Socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva neprofitni i javni sistem osiguranja koji je uspostavljen zakonom i funkcionira pod okriljem parlamenta i vlade; ovaj sistem se ne finansira putem općeg oporezivanja, već putem doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Deklaracija o pravima pacijenata je dokument koji su potpisali predstavnici svih zemalja članica Evropske regije SZO na Konferenciji o pravima pacijenata održanoj u Amsterdamu u martu 1994. godine. Dokument se bavi ljudskim pravima i njihovim vrijednostima u zdravstvenoj zaštiti, pravom pacijenta na informaciju, pravom na pristanak na medicinsku intervenciju, povjerljivošću i privatnošću, pitanjima njege i tretmana, te primjenom prava pacijenata.

1. Uvod

Razvijene zemlje zapadne Evrope nisu u mogućnosti da pokriju stalni porast troškova sistema zdravstvene zaštite jedino iz sredstava «kolektivne solidarnosti». Dva vodeća razloga porasta troškova su starenje populacije (sa konsekventnim povećanjem prevalencije kroničnih degenerativnih oboljenja) i kontinuirano uvođenje novih medicinskih tehnologija (što privlači kako javnost tako i finansiranje). Broj radnih mjesta u zdravstvenoj zaštiti je veliki i stalno raste (već postoje rastuće liste čekanja za njegu mentalno hendikepiranih, za njegu u institucijama za kronične bolesti, domove staraca i za obiteljsku njegu).

Sa povećanjem nacionalnog dohotka, u većini zemalja je došlo do povećanja izdvajanja za zdravstvenu potrošnju. U zemljama u kojima je nacionalni dohodak veći izdvaja se i veći procenat novca za zdravstvenu zaštitu stanovništva. Taj procenat se kretao od 2 – 3% na početku 20. stoljeća, bio je 4 – 5% oko sredine, da bi danas dostizao do 10%, a u nekim zemljama i više (npr. u SAD oko 14%). Generalno gledano, procenat učešća zdravstvene potrošnje u nacionalnom dohotku je više rezultat političkih odluka, sistema vrijednosti i trenutnih socio-ekonomskih mogućnosti u nekoj zemlji, a manje rezultat tehničke ekspertize stručnjaka iz oblasti javnog zdravstva. Troškovi za zdravstvenu zaštitu se obično izražavaju kao proporcija nacionalnog dohotka jedne zemlje, te kao troškovi za zdravstvenu zaštitu po stanovniku (*per capita*), izraženi u nacionalnoj valuti ili u dolarima kako bi se omogućilo međunarodno poređenje. Interesantno je da porast zdravstvene potrošnje rezultira boljim zdravljem stanovništva samo do određene kritične tačke, nakon koje svako dalje ulaganje ne daje proporcionalne zdravstvene ishode, što znači da ta dva pojma nisu u linearnoj korelaciji.

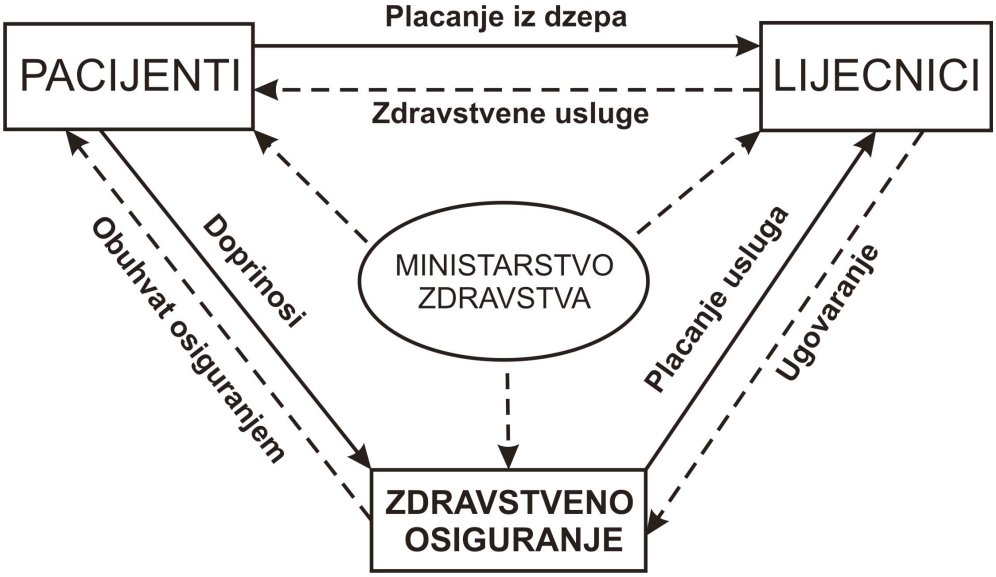
Razvoj demokratskih društava u svijetu teži regulirati socijalne sisteme u društvu, ne samo donošenjem zakona, već i korištenjem niza drugih metoda. Tako npr. mjere kompetitivne i stimulativne prirode mogu rezultirati boljim učincima u organizaciji sistema zdravstvene zaštite, nego zakonske mjere koje koriste sredstva prinude i kazne. Svjesni takvih mogućnosti reguliranja socijalnih sistema, većina zemalja se opredjeljuje rukovoditi proces reforme finansiranja zdravstva temeljem kombinacije kako regulatornih / legislativnih mjera koje su obavezujuće, tako i stimulativnih mjera za glavne sudionike reforme.

Reguliranje ponude i potražnje u zdravstvu predstavlja specifičan fenomen u poređenju sa svim drugim sektorima u ekonomiji. Uobičajni je odnos u ekonomiji između dva aktera, a to su: kupac i prodavac. Specifičnost zdravstvenog sektora je "trojni odnos" – pacijent, liječnik i zdravstveno osiguranje (shema 1). Postoje brojni dokazi da liječnici koriste

svoju diskrecionu moć kako bi povećali kvantitet i promijenili sadržaj usluga, s ciljem održavanja željene razine svog dohotka. Pacijent lakše prihvata sugestije i ponude liječnika u svezi zdravstvenih usluga jer troškove pokriva treći akter – zdravstveno osiguranje. Pomenuti fenomen se u literaturi označava terminom "zahtjev induciran ponudom" (*supply-induced-demand*).

Međunarodna iskustva ukazuju da su ukupni troškovi zdravstvene zaštite u velikoj mjeri pod utjecajem načina plaćanja zdravstvenih usluga. Općenito je prihvaćeno mišljenje da "miješani sistemi plaćanja s velikom prospektivnom komponentom" mogu rezultirati zbirom podstreka, ohrabriti određeno ponašanje ili kazniti pružanje neodgovarajućih zdravstvenih usluga, što vodi ka učinkovitijem kombiniraju ciljeva makro- i mikro-efikasnosti. Predloženi sistemi plaćanja kod nas teže motivirati liječnike u prakticiranju preventivne medicine i kontroli troškova, ali i ka boljoj geografskoj distribuciji usluga. Međutim, sistemi plaćanja samo su jedna od nekoliko determinanti profesionalnog ponašanja, kao što su profesionalni standardi, pristup edukaciji i profesionalna očekivanja.

Shema 1. Ključne političke i interesne grupe u finansiranju zdravstvene zaštite



Brojne su zemlje, kako u istočnoj tako i zapadnoj Evropi, počele da se kreću od integriranih modela prema razdvajanju finansijera / osiguravatelja od davalaca zdravstvenih usluga. Pošto direktni menadžerski odnosi između ovih aktera slabe, mehanizmi alokacije sredstava postaju značajni, kako bi omogućili platišama zdravstvene zaštite da postignu kontrolu troškova na makro-razini, kao i da poboljšaju institucionalnu

efikasnost. Ključne strategije za efektivnije alociranje sredstava uključuju: (a) mehanizme ugovaranja; (b) sisteme plaćanja profesionalaca i institucija; (c) mehanizme nabavke lijekova.

U sve većem broju zemalja Evrope ugovaranje se smatra instrumentom za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. To je koordinirajući mehanizam koji nudi alternativu za tradicionalne modele zapovijedanja i kontrole u upravljanju zdravstvenom zaštitom. Esencijalni element ugovaranja je uvođenje više tržišno orijentirane forme institucionalne alokacije sredstava, temeljene na odvajanju finansijera od davalaca usluga. Mehanizmi ugovaranja obvezuju obje strane na eksplicitne obaveze i generiraju ekonomsku motivaciju za ispunjenje tih obaveza.

Finansijska stimulacija je jedan od moćnijih kontrolnih mehanizama koji utiče na ponašanje organizacije i pojedinca. Struktura stimulacije ima dva odvojena dijela: finansijske nagrade i snošenje rizika.
Veliki uticaj na ponašanje doktora ima finansijska stimulacija, zato što doktori imaju visok stepen autonomije za donošenje medicinskih odluka koju im dodjeljuje njihova profesija.

Različiti sistemi plaćanja proizvode različito ponašanje aktera u zdravstvenom sistemu.

Pacijenti
Pacijenti se u zdravstvenom sistemu ponašaju u zavisnosti od načina snošenja troškova. Pacijenti, tj. stanovništvo uvijek plaćaju zdravstvne usluge, bilo da je to direktnim plaćanjem iz džepa, preko plaćanja određene premije zdravstvenog osiguranja, ili preko plaćanja poreza.
Ukoliko plaćaju po usluzi, tada pacijenti minimalno koriste zdravstvene usluge, u zavisnosti od novca kojim mogu raspolagati. Ako plaćaju putem određene premije zdravstvenog osiguranja, a bez participacije, tada teže da maksimalno koriste zdravstvenu zaštitu, često i za nepotrebne usluge. Određeni stepen direktnog participiranja pacijenata u troškovima eliminiše nepotrebnu zdravstvenu potrošnju, pod uslovom da se vodi računa o zaštiti onih pacijenata koji nisu u stanju platiti ni participaciju.
Na ponašanje pacijenta u zdravstvenom sistemu uticaja ima i pacijentovo zdravstveno stanje. Dok je mlad i zdrav pacijent, ako ima mogućnost izbora, želi da ne plaća zdravstveno osiguranje „jer mu ne treba zdravstvena zaštita“, pa se dešava da se mladi i zdravi ljudi i ne osiguravaju. Ako su bolesni, onda su obavezno osigurani.

Davaoci usluga
Postoji više modela plaćanja davaoca zdravstvenih usluga i svaki od njih kreira različite motivacije za ponašanje, kao i prebacije rizik na različite aktere.

Plaćanje po usluzi motiviše davaoce usluga da povećavaju «proizvodnju» usluga, dok na drugoj strani rizik prebacuje na one koji plaćaju (pacijenti ili FZO). Kod plaćanja po kapitaciji rizik se prebacije na davaoce usluga, jer postoji opasnost (rizik) da potrošnja bude veća od prihoda ostvarenog kapitacijom. To motiviše doktore da smanje davanje usluga i da se usmjere na one usluge koje će smanjiti troškove u budućnosti (prevencija).

1.1. Ključni faktori u odabiru finansijskih modaliteta

Kada se donosi odluka o izboru metoda plaćanja zdravstvenih usluga ili djelatnika, treba uzeti u obzir nekoliko ključnih faktora, kako bi implementacija tog metoda plaćanja bila ostvarena. Ključni faktori u odabiru finansijskih modaliteta su: pravičnost, ekonomski efekti, mogućnost implementacije, socijalna prihvatljivost i administartivni kapacitet.

Pravičnost

S obzirom da finansiranje direktno utiče na distribuciju benefita zdravstvene zaštite, neizbježno pitanje je – ko snosi finansijski teret? Ako imamo u vidu da način na koji se sredstva koriste direktno utiče na distribuciju zdravstvene zaštite, neizbježno pitanje je – ko prima beneficije? Kriterij koji se koristi za ocjenu distribucije tereta i koristi je pravičnost koja ima nekoliko dimenzija. Vertikalna pravičnost se odnosi na distribuciju tereta između bogatih i siromašnih. Horizontalna pravičnost se odnosi na kreiranje pravednosti među onima koji su na istom nivou dohotka, uključujući i one koji žive u drugim regionima.

Ekonomski efekti

Kada vlada prisiljava firmu ili pojedinca da plati porez na odabranu aktivnost, preko plate, firma i pojedinac mogu da promijene svoje odluke o tome koliko rade i koliko zarađuju. Različite opcije imaju različite učinke na odbijanje ili podržavanje investicije, mogućnosti zaposlenja, nabavljanja radne snage, i time utiču na ekonomsku aktivnost kratkoročno i dugoročno. Stoga je, u vezi sa implikacijama finansijskih modaliteta na makroekonomski razvoj, glavni cilj ograničiti negativne makroekonomske učinke.

Mogućnost implementacije

Drugi aspekt opcija u finansiranju zdravstva odnosi se na to da li se shema može ili ne može efektivno staviti u praksu u određenom kontekstu. Ovo zavisi od dvije ključne karakteristike lokalne situacije: socijalne prihvatljivosti i administrativnog kapaciteta.

Socijalna prihvatljivost

Kapacitet vlade da prisili građane ustvari je veoma ograničen. Obaveze koje vlada nameće se najbolje sprovode ako građani pokažu određeni nivo dobrovoljnog prihvatanja. Za finansijske sheme, međutim, pitanje je – hoće li većina onih koji moraju da plate pristati na to, ili će varati?

Administrativni kapacitet

Administrativni kapacitet znači da li država ima organizaciju, vještine menadžmenta i ljudske resurse da efektivno izvršava shemu finansiranja.

1.2. Pregled metoda plaćanja zdravstvenih usluga

U tekstu koji slijedi prikazane su različite metode plaćanja zdravstvenih usluga, bilo da su plaćanja usmjerena ka pojedinim djelatnicima u zdravstvu, ili ka ustanovama kao što su bolnice.

Plaćanje po usluzi

Jedinica plaćanja je pojedinačna usluga, ili pojedinačna posjeta. Ova metoda plaćanja motiviše davaoce usluga da povećavaju broj usluga (često i neopravdano). To dovodi do porasta zdravstvene potrošnje. Kod ovog modela kvantitet usluga se povećava, ali pri tome kvalitet usluga može opasti zbog prekomjernog tretmana.

Plaćanje po slučaju

Ovaj metod plaćanja daje naknadu davaocu usluga za paket usluga ili epizodu zaštite. Davalac usluga prima određenu naknadu za svaki paket usluga i za svakog pacijenta, bez obzira na stvarnu cijenu koštanja. Kod ovakvog plaćanja bolnice biraju pacijente koji su manje bolesni. Istovremeno, bolnice su motivisane da povećaju broj slučajeva, uz maksimalnu „štednju“ unutar tog slučaja. Kod ovakvog plaćanja finansijski rizik je uglavnom na davaocu usluga, ukoliko ugovorena cijena nije nerealno viša od stvarnih troškova (kao što je npr. slučaj kod nekih usluga koje se finanisraju iz Fonda solidarnosti F BiH). Najpoznatiji sistem plaćanja po slučaju je DRG sistem (*Diagnosis Related Group*). U DRG sistemu plaća se paket usluga koji je vezan za određenu dijagnozu, pri čemu se uzima u obzir i niz drugih faktora (npr. starost pacijenta, postojanje neke druge bolesti i sl.). Kod ovog modela kvantitet usluga se povećava, ali pri tome kvalitet usluga može opasti zbog prekomjernog tretmana. Ovaj način plaćanja takođe dovodi do porasta zdravstvene potrošnje.

Plaćanje po danu hospitalizacije

Ovaj metod plaćanja je zasnovan na broju dana ležanja u bolnici, te su kroz dan hospitalizacije obuhvaćeni i svi ostali troškovi. Ovaj metod stimuliše bolnice da pacijenta drže što duže u bolnici, uz istovremenu štednju na ostalim uslugama, što može smanjiti ukupan kvalitet.

Kapitacija

Kapitacijom se doktor plaća tako da dobija određenu svotu novca godišnje ili mjesečno, za svakog pacijenta koji je kod njega registrovan, neovisno od pruženih usluga. Kapitacija može biti jednostavna, kada se plaća isti iznos za bilo kojeg registrovanog pacijenta, ali i sofisticirana, kada iznos kapitacije može varirati u zavisnosti od dobi, pola, urbane ili ruralne sredine i sl. Ovaj metod plaćanja se najčešće primjenjuje kod pojedinačnog ugovaranja sa doktorom iz PZZ, ali se može primijeniti i za zdravstvenu ustanovu. Kod ovog modela plaćanja doktori su stimulisani da pružaju manje usluga, ili da daju prednost uslugama koje daju pozitivne finansijske efekte u budućnosti. Uz smanjenje broja usluga može se očekivati i određeni pad kvaliteta, ukoliko se ne uspostave posebni mehanizmi za stimulisanje kvaliteta.

Kapitacija može obuhvatiti plaćanje zdravstvene zaštite iz domena doktora ili ustanove s kojom se ugovara, ali može obuhvatati i plaćanje viših nivoa zdravstvene zaštite (specijalističko-konsultativna i bolnička zaštita). Tada to označavamo terminom *fund holder* ili "platiša zdravstvene zaštite" ili „onaj koji drži fond". *Fund holder* dobija novac u obliku kapitacije, ali iz tog novca, pored pokrivanja troškova sopstvenog rada, plaća i usluge laboratorija, specijalista ili čak i bolničke troškove. Sistem *fund holdera* prebacuje gotovo kompletan rizik na tog doktora, te se često dešava da viši nivoi zdravstvene zaštite isisaju gotovo sav novac za svoje usluge, pa *fund holder* bankrotira. U našim uslovima sistem *fund holdera* je praktično neprimjenljiv, prije svega zbog vrlo malog iznosa sredstava.

Plata

Sistem plaćanja doktora putem plate ne uzima u obzir broj pacijenata, količinu ili cijenu pruženih usluga. Ovaj metod se sada primjenjuje u našim javnim ustanovama, kao i u velikom broju zdravstvenih ustanova u svijetu. U ovakvom sistemu doktor ne snosi nikakav rizik, jer mu je plata na neki način zagarantovana. To proizvodi njegovu nezainteresovanost za štednju, racionalizaciju ili unapređenje kvaliteta, te se uz sistem plata, obično razrađuju i određeni sistemi stimulacija koji treba da proizvedu željeno ponašanje. Kvantitet i kvalitet se smanjuju.

Globalni prospektivni budžet

Globalni prospektivni budžet predstavlja sumu novca koju ustanova dobija za pružanje svih usluga iz svog dijapazona (kompletnu zdravstvenu zaštitu iz svog domena), za bilo koji broj pacijenata, ali za definiranu populaciju gravitacionog područja bolnice. Ovaj budžet se utvrđuje na

početku godine i procjenjuje se na osnovu određene alokativne formule, koja je zasnovana na iskustvu iz prethodnog perioda. Putem prospektivnog budžeta obično se plaćaju bolnice.

U tabelama koje slijede prikazana je korelacija između mehanizama plaćanja zdravstvenih usluga i motivacije za određena ponašanja, kako kod doktora kao pojedinaca, tako i kod bolnica kao zdravstvenih ustanova. Također je dat prikaz kako se prenosi finansijski rizik, tj. da li rizik snose zavod zdravstvenog osiguranja ili davalac usluga. Mehanizam plaćanja može motivirati davaoce usluga da povećaju ili smanje broj usluga, ili pak da biraju zdravije pacijente.

Tabela 1: Mehanizmi plaćanja za doktore, motivacija i snošenje rizika

Mehanizam plaćanja	**Sadržaj koji je plaćen**	**Rizik snosi**		**Motivacija za davaoca da:**		
		Platilac	**Davalac**	**Poveća broj pacijenata**	**Smanji broj usluga**	**Bira zdravije pacijente**
Cijena za uslugu	Svaka stavka usluge	sav rizik	nema rizika	da	ne	ne
Plata	Jedna sedmica ili jedan mjesec rada	sav rizik	nema rizika	ne	-	da
Plata + nagrada	plata + nagrada na bazi pacijenata			da	-	da
Kapitacija	Sve pokrivene usluge za jednu osobu u datom periodu	nema rizika	sav rizik	da	-	da

Tabela 2.: Mehanizmi plaćanja za bolnice, motivacija i snošenje rizika

Mehanizam plaćanja	**Sadržaj koji je plaćen**	**Rizik snosi**		**Motivacija za davaoca da:**		
		Platilac	**Davalac**	**Poveća broj pacijenata**	**Smanji broj usluga**	**Bira zdravije pacijente**
Cijena za uslugu	Svaka stavka usluge	sav rizik	nema rizika	da	ne	ne
Plaćanje po slučaju (DRG)	Plaćanje varira po slučaju	rizik broja slučajeva	rizik koštanja tretmana	da	da	da
Plaćanje po danu hospitalizacije	svaki dan hospitalizacije	rizik broja dana	rizik koštanja usluga u toku dana	da	da	ne
Kapitacija	Sve pokrivene usluge za jednu osobu u datom periodu	nema rizika	sav rizik	da	-	da
Globalni budžet	Sve usluge za sve pacijente u datom periodu	nema rizika	sav rizik	ne	-	Da

Većina država u svijetu koje imaju uspješan zdravstveni sistem nastoje eliminisati plaćanje po usluzi. Zbog toga je kod njih primarna zdravstvena zaštita najvećim dijelom u privatnom sektoru, te se plaća metodom kapitacije, tako da postoji kontrola zdravstvene potrošnje. Metod plaćanja po usluzi značajno povećava administrativne troškove u zdravstvu, a posebno u fondovima zdravstvenog osiguranja.

Zdravstvo je strateška djelatnost svake države za koju se ona sama mora brinuti, te u tom cilju osniva javne zdravstvene ustanove putem kojih obezbjeđuje i garantuje zdravstvenu zaštitu u skladu sa svojim mogućnostima. Osnovna funkcija i svrha postojanja javnih zdravstvenih ustanova jeste obezbjeđenje osnovne zdravstvene zaštite zadovoljavajućeg kvaliteta za sve stanovništvo (osigurana lica), dok je osnovna funkcija i svrha postojanja privatnih zdravstvenih ustanova ostvarenje profita. Javne ustanove moraju pružati zdravstvenu zaštitu i kad im se to apsolutno ne isplati, dok privatne ustanove pružaju samo one usluge koje im donose profit. Jedan od najboljih primjera za to jeste Bosna i Hercegovina, gdje se značajan dio tereta socijalne situacije prebacuje na zdravstvo. Sa druge strane, ravnopravnost u pravima bi trebala podrazumijevati i ravnopravnost u obavezama.

Razvijene države uglavnom ne stvaraju iste uslove za javne i privatne ustanove, nego kroz sistem finansiranja usmjeravaju razvoj pojedinih segmenata zdravstvenog sistema. Vanbolničke ustanove (uglavnom porodična ili opća medicina) najvećim su dijelom u privatnom vlasništvu i plaćaju se metodom kapitacije ili kombinovanim metodom retrospektivnog i prospektivnog plaćanja, što omogućava kontrolu zdravstvene potrošnje. Na drugoj strani, bolnice su uglavnom državne i plaćaju se uglavnom prospektivnim metodom plaćanja, i to iz izvora obaveznog zdravstvenog osiguranja, dok je privatni sektor izvan primarne zdravstvene zaštite uglavnom plaćen metodom plaćanja po usluzi, iz sredstava dopunskog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Treba voditi računa o tome da su postojećim sistemom plaćanja kod nas ustanove vanbolničke zdravstvene zaštite stimulisane da «posao» prebacuju na bolnice. Zbog toga treba raditi na razvijanju sistema stimulacija i penala za neopravdano prebacivanje «posla» sa vanbolničkih na bolničke ustanove. Ovo je moguće ugraditi u sistem ugovaranja sa doktorom porodične medicine, kojim bismo pratili direktne i indirektne troškove svakog pacijenta, te na osnovu toga i nekih drugih parametara procjenjivali kvalitet rada porodičnog doktora. Doktor koji manje koristi specijalističku i bolničku zdravstvenu zaštitu za svoje pacijente bio bi nagrađen, pod uslovom da time ne ugrožava zdravstveno stanje svojih pacijenata.

Ne postoji idealan metod plaćanja zdravstvene zaštite. Odabir metoda zavisi prije svega od okruženja u kojem zdravstveni sistem djeluje, razvijenosti samog zdravstvenog sistema, administrativnog i fiskalnog kapaciteta države, sistema vrijednosti u društvu, razvijenosti informacionog sistema, navika pacijenata i davalaca usluga. U svakom slučaju, potrebno je iznaći najpovoljniju kombinaciju raznih metoda plaćanja sa razvijanjem dodatnih motivacionih mehanizama, kako bismo proizveli željeno ponašanje aktera u zdravstvenom sistemu.

Zeničko-dobojski kanton, iako spada u kantone sa najtežom ekonomsko-socijalnom situacijom, u kojima su prihodi fonda zdravstvenog osiguranja niski, uspijevao je ipak da prednjači u reformskim potezima u Bosni i Hercegovini. To je kanton koji je prvi u FBiH formirao Zavod zdravstvenog osiguranja, te završio promjenu registracije zdravstvenih ustanova u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Prvi je započeo sa procesom ugovaranja zdravstvene zaštite između Zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova. Među prvima je počeo sa plaćanjem pojedinih vrsta usluga metodom plaćanja po usluzi, sa ciljem povećanja pružanja odabranih usluga.

2. Ugovaranje zdravstvene zaštite

Kad je u pitanju finansiranje zdravstvene zaštite, Zeničko-dobojski kanton je od 1999. godine prešao sa sistema finansiranja zdravstvenih ustanova na sistem finansiranja zdravstvene zaštite. Do 1999. godine Zavod zdravstvenog osiguranja je finansirao zdravstvene ustanove, pri čemu je ustanova u kojoj se zatekao veći broj zaposlenih dobijala više sredstava, tako da je stanovništvo koje je ona obezbjeđivala zdravstvenom zaštitom bilo u povoljnijem položaju od onog stanovništva čiji je dom zdravlja zatečen sa manjim brojem zaposlenih. Novi sistem koji se primjenjuje od 1999. godine omogućio je da se novac alocira prema procijenjenim zdravstvenim potrebama stanovništva, a ne prema potrebama zdravstvenih ustanova. Ovim se obezbjeđuje visok stepen ravnopravnosti i jednakosti u dobijanju zdravstvene zaštite. Istovremeno, menadžment zdravstvenih ustanova dobija značajniju, ali i težu ulogu, tako da ustanove mogu djelovati kao samostalni subjekti sa slobodom ugovaranja i obezbjeđenja posla.

Zavod zdravstvenog osiguranja ugovara zdravstvenu zaštitu sa zdravstvenim ustanovama, i to ne kompletnu zdravstvenu zaštitu, nego po pojedinim segmentima, pri čemu se u ugovoru definišu obaveze zdravstvene ustanove da za određenu populaciju obezbijedi odgovarajuće zdravstvene resurse (kadar, prostor, oprema, lijekovi), kao i obaveze Zavoda zdravstvenog osiguranja u pogledu plaćanja tako ugovorene zdravstvene zaštite.

S druge strane, kad je u pitanju finansiranje potrošnje lijekova sa esencijalne liste, primjenjuje se sistem po kome su domovi zdravlja *fund holderi* (fand holderi ili platiše) za lijekove sa esencijalne liste. Domovi zdravlja dobijaju godišnje određeni iznos za lijekove na recept i ukoliko ostvare “uštede”, one će im i pripasti. Ukoliko dom zdravlja “probije” kvotu, onda, nakon uvida u situaciju i eventialno postojanje objektivnih razloga za to, Zavod zdravstvenog osiguranja može pokriti dio tih troškova ili kompletan iznos. Ako pak nema objektivnih razloga za “probijanje”, veće troškove za lijekove snosi sam dom zdravlja. Razlog za ovakav način finansiranja “lijekova na recept” jeste taj što recepte pišu doktori zaposleni u domovima zdravlja i ako postoji mogućnost smanjenja potrošnje, onda to mnogo uspješnije mogu postići domovi zdravlja nego Zavod zdravstevnog osiguranja.

Najveće prednosti ovakvog načina finansiranja zdravstvene zaštite jesu:
- jednakost u korištenju zdravstvene zaštite za sve stanovnike Kantona;
- visok stepen kontrole troškova;
- jačanje uloge menadžmenta u zdravstvenim ustanovama.

Jedan od ciljeva reforme zdravstva u oblasti porodične medicine je i privatizacija u zdravstvu. Takav pristup bi poslužio kao jaka motivacija za ljekare da se bave porodičnom medicinom. Strateško opredjeljenje je da se u ovoj fazi tranzicije ide na privatizaciju prakse, pri čemu nije bitno vlasništvo nad ambulantom i opremom u njoj. Proces privatizacije ne smije biti stihijski, niti zahvatiti sve subsegmente zdravstva.

Reforma sistema zdravstvene zaštite podrazumijeva uvođenje novih mehanizama plaćanja zdravstvenih usluga. Jako važan segment na ovom planu predstavlja razvoj sistema ugovaranja zdravstvene zaštite. Ugovaranje zdravstvene zaštite obezbjeđuje ista zdravstvena prava na području koje pokriva zavod zdravstvenog osiguranja, kroz finansiranje zdravstvene zaštite osiguranih lica zasnovane na zadovoljenju potreba korisnika i finansijskih mogućnosti fonda zdravstvenog osiguranja.

2.1. Ugovaranje u porodičnoj medicini

Od porodične medicine očekujemo porast kvaliteta PZZ, smanjenje troškova na višim nivoima zdravstvene zaštite, veće zadovoljstvo pacijenata, smanjenje potrošnje lijekova, unapređenje preventivno-promotivnog rada, itd. Kako to postići?

- ugovaranjem obaveza davalaca zdravstvenih usluga i kupca zdravstvenih usluga;
- odgovarajućim mehanizmima plaćanja;
- odgovarajućim monitoringom.

Ugovor je dobrovoljni sporazum dvije strane koji kroz ispunjenje ugovorenih obaveza ima za cilj realiziranje određenih zacrtanih planova. Kako na području Zeničko-dobojskog kantona već postoji sistem ugovaranja zdravstvene zaštite između Zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, to stvara dobru pretpostavku da se proces ugovaranja spusti i do nivoa doktora. U ovoj fazi smatramo primjenjivim i potrebnim ugovaranje sa porodičnim doktorima, s obzirom na sisteme plaćanja koji su kod nas primjenljivi.

Zašto ugovaranje?

Da bismo povećali zainteresovanost direktnog izvršioca za uspjeh posla, predlažemo koncept indirektnog ugovaranja na dva nivoa. Prvi nivo ugovaranja čini ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i doma zdravlja, u kojem dom zdravlja preuzima obavezu organizovanja primarne zdravstvene zaštite, a posebno porodične medicine za područje za koje je osnovan. Drugi nivo ugovaranja činio bi ugovor između doma zdravlja i doktora porodične medicine.

Ukoliko je ovaj doktor porodične medicine zaposlenik u javnom sektoru, onda bi on imao određenu formu ugovora o radu, pri čemu bi mu plata zavisila od broja registrovanih pacijenata (koji se opredijele za njega) i direktnih i indirektnih finansijskih pokazatelja njegovog rada. Ukoliko je ovaj doktor porodične medicine privatnik, onda bi on potpisivao ugovor sa domom zdravlja kojim bi dom zdravlja odgovornost za zdravstvenu zaštitu određenog broja pacijenata koji se opredijele za ovog doktora iz domena porodične medicine prenio na privatnu praksu doktora porodične medicine, te mu na ime toga isplaćivao odgovarajući iznos sredstava po sistemu kapitacije. Po ovom konceptu, ugovorni liječnik porodične medicine može birati da li će raditi u javnom ili privatnom sektoru.

2.2. Koncept porodične medicine

Okvir politike *Zdravlje za sve u 21. stoljeću* Svjetske zdravstvene organizacije u cilju broj 15. predviđa da ljudi u regiji treba da imaju bolji pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti orijentiranoj ka porodici i zajednici, koju podržava fleksibilan i odgovarajući sistem bolnica.
Fragmentisanu zaštitu pojedinačnih epizoda bolesti, koju često pružaju liječnici specijalisti, treba zamijeniti integrisanom zdravstvenom zaštitom, koju karakteriše sveobuhvatnost i kontinuitet, te izgradnja odnosa između davaoca zaštite i populacije koji se bazira na međusobnom povjerenju.

Porodična medicina predstavlja drugačiji pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz orijentiranost na kontinuirano očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, sa pacijantom u centru njege. Prednost se daje principu »bolje spriječiti, nego liječiti«, pa se težište stavlja na savjetovanje pacijenta, rano otkrivanje bolesti i blagovremeno liječenje. Umjesto pasivnog čekanja da pacijent, koji ima određene zdravstvene probleme, dođe u ambulantu, tim porodične medicine nastoji aktivno tražiti pacijente u fazi kada odgovarajuća intervencija daje najbolje dugoročne rezultate. Zbog toga u sastavu tima porodične medicine djeluje i patronažna sestra. Ona radi izvan ambulante, na terenu. Ona je terenski izaslanik tima porodične medicine, najbliža pacijentima i u mogućnosti i obavezi da za doktora prikupi važne informacije sa terena, na osnovu kojih će se donijeti najbolje odluke.

Porodična medicina ostvaruje prvi kontakt sa pacijentom u sklopu sistema zdravstvene zaštite, osiguravajući otvoren i neograničen pristup za njegove korisnike, rješavajući sve zdravstvene probleme bez obzira na dob, pol ili bilo koju drugu karakteristiku pacijenta. Tim porodične medicine koordinira zdravstvenu zaštitu, radeći sa drugim profesionalcima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zastupajući pacijenta u daljim kontaktima sa

drugim specijalistima. U svom radu tim porodične medicine je fokusiran na pacijenta i usmjeren na individuu, njegovu porodicu i zajednicu u kojoj živi.

Porodična medicina ima specifičan pristup pacijentu, koji tokom vremena utvrđuje poseban odnos sa pacijentom kroz efektivnu komunikaciju. Porodična medicina obezbjeđuje kontinuiranu zdravstvenu zaštitu iz svog domena, istovremeno vodeći i akutne i hronične zdravstvene probleme pacijenta. Porodična medicina ima specifičan proces donošenja odluka (dijagnosticiranja) koji je, između ostalog, određen i raširenošću bolesti u zajednici. Tim porodične medicine ima za cilj da bolest otkrije u što ranijoj fazi, te da promoviše zdravlje i blagostanje, pri čemu se posebna pažnja posvećuje zdravlju u zajednici. Liječenje kod porodičnog doktora treba biti kontinuirano, od rođenja do smrti.

Trebamo biti svjesni da potpuno uvođenje novih principa porodične medicine u našu primarnu zdravstvenu zaštitu ne ide svugdje jednako dobro i jednako brzo, te da uspjeh porodične medicine umnogome zavisi i od prihvatanja i ponašanja samih pacijenata. Principi porodične medicine donose nove uloge i nove obaveze svakog člana tima porodične medicine, ali i nove obaveze i novu ulogu za same pacijente.

Poželjno je da se kompletna porodica liječi (registruje) kod istog porodičnog doktora. Na taj način njihov tim porodične medicine će uvijek moći imati u vidu sve faktore vezane za konkretnu porodicu, a koji su bitni u liječenju svakog pojedinog člana porodice.

Od tima porodične medicine očekujemo da samostalno rješava najveći dio zdravstvenih problema svojih pacijenata, te da time bude manje potrebe za posjete specijalisti. Ovo ne znači da pacijenti neće imati mogućnost da dođu do specijaliste, ali treba imati na umu da su porodični doktori osposobljeni (kroz specijalizaciju ili dodatnu edukaciju) da mogu samostalno rješavati najveći dio zdravstvenih problema svojih pacijenata. Ovim će se smanjiti i pritisak na druge specijaliste, te će i oni, usljed manjeg opterećenja, biti dostupniji, tj. manje će se čekati na pregled specijaliste. Sve ovo je sa ciljem da se u ukupnim zdravstvenom sistemu stvore povoljniji uslovi za tretman pacijenata, kao i bolji kvalitet zdravstvene zaštite. Značajan dio rada tima porodične medicine je aktivni nadzor nad zdravljem stanovništva i nad faktorima rizika za obolijevanje. To se prije svega postiže aktivnim radom patronažne sestre.

Trenutno su doktori i medicinske sestre u porodičnoj medicini plaćeni metodom mjesečnih plata, čija visina ne zavisi od broja pacijenata, niti od obima posla. Ovo motiviše doktore da priželjkuju i da se trude da imaju što manje pacijenata, jer im to znači manje posla za istu platu. Ovaj novi model služi tome da bismo motivisali doktore da se bore za što više pacijenata, te da budu maksimalno kvalitetni kako bi ih zadržali. To se

planira postići kroz uvođenje pojedinačnog ugovaranja sa doktorima porodične medicine. Svaki porodični doktor će imati poseban ugovor za tačno određen broj registrovanih pacijenata, koji su se za njega opredijelili. Na taj način će doktor koji registruje veći broj pacijenata biti u mogućnosi da ostvari veću zaradu. Ovo bi trebalo stimulisati doktore da se bore za svakog pacijenta, da svakom pacijentu posvete maksimalnu pažnju i da pružaju kvalitetnije usluge. Da bi se ovo realizovalo, neophodno je izgraditi kompleks motivacionih i demotivacionih mehanizama koji će dovesti do željenih rezultata. U tom smislu se jasno moraju definisati način finansiranja davalaca usluga, kao i međusobni odnosi kupaca i davalaca zdravstvenih usluga.

Kod definisanja koncepta porodične medicine jako važno mjesto ima definisanje sastava radnog tima, jer od toga zavise i djelokrug rada, a samim tim i obim posla koji će se ugovarati. To je posebno bitno definisati u ugovoru sa porodičnim doktorom u privatnoj parksi, jer privatni sektor ima tendenciju angažovanja što manjeg broja osoblja, kako bi ostvario što veći finansijski efekat. Interes zajednice je da se porodični doktor natjera da postigne maksimalne efekte »na duge staze«. Ako se žele postići efekti »vratara«, tj. smanjenje korištenja viših nivoa zdravstvene zaštite, smatramo jako važnim da tim porodične medicine čine jedan doktor porodične medicine i dvije medicinske sestre, od kojih jedna prvenstveno radi u ambulanti (poslovi administracije i intervencije), a druga radi samo na terenu (preventivno-promotivni rad, sestrinska dijagnoza, rano otkrivanje oboljenja i stanja, kontrola terapije u kući, obuka stanovništva u samopomoći i samozaštiti, itd.). Ova porodična sestra koja radi izvan ambulante bila bi okosnica novog koncepta ranog otkrivanja oboljenja i ranog početka liječenja, sprječavanja komplikacija i invaliditeta, te unapređenja u što je moguće većem obimu zdravlja i liječenja u zajednici. Ova sestra može prikupiti jako puno izuzetno važnih informacija na terenu, pripremiti pacijenta za susret sa doktorom, te tako znatno uštedjeti doktorovo vrijeme, kako bi ga imao više za komplikovanije slučajeve. Ovaj koncept je moguć jedino ako doktor ima povjerenje u svoju porodičnu sestru, a to povjerenje se ne može izgraditi ako je ta sestra izvan tima (patronažna služba).

Koncept porodične medicine koji podrazumijeva tim sa jednim doktorom i samo jednom medicinskom sestrom koja radi u ambulanti smatramo jako manjkavim.

Vrlo važan aspekt porodične medicine jeste povjerenje koje tim porodične medicine treba da zadobije kod svojih pacijenata. Patronažna medicinska sestra kao dio tima boravi najveći dio svog radnog vremena na terenu, dakle blizu pacijentima, i nalazi im se pri ruci kad im je najpotrebnija. Zahvaljujući tome, ona je ta koja najbolje može tim porodične medicine povezati sa pacijentima i zajednicom i proizvesti povjerenje pacijenata u tim, pa i u koncept porodične medicine. Rehabilitacija, kao i promocija zdravlja,

zatijevaju kontinuitet, dijalog, praćenje i upornost, a sve ovo je nemoguće bez stalnog prisustva na terenu. Ovo stalno prisustvo porodične medicine na terenu omogućava upravo patronažna medicinska sestra, ali ne ona koja najveći dio svog vremena provodi u ambulanti.

Unapređenje zdravlja se može postići ako sistem zdravstvene zaštite prepozna i prizna stvarni potencijal ljudi da sami doprinesu svom vlastitom zdravlju (samozaštita, samopomoć) i ako poduzme aktivne korake da ih omogući u tome. Ukoliko bi ova sestra bila izvan tima u nekakvoj drugoj službi (npr. patronažna služba), ona sama bez liječnika ne može praktično postići ništa, a malo je vjerovatno da će ona na terenu promovisati porodičnu medicinu i tim porodične medicine. Više je za očekivati da ona promoviše patronažni rad ili drugu sličnu službu u okviru koje radi. Možda je to izvodljivo u državama gdje ovakav način rada ima jako dugu tradiciju, ali u najvećem dijelu Bosne i Hercegovine oba koncepta se tek uhodavaju. Dakle, izdvajanje ove medicinske sestre iz tima porodične medicine bi moglo kompromitovati kompletan projekat porodične medicine, jer porodična medicina sa doktorom i jednom medicinskom sestrom koja uglavnom radi u ambulanti, neće dati očekivane rezultate.

Od porodične medicine očekujemo:

- porast kvaliteta PZZ;
- smanjenje troškova na višim nivoima zdravstvene zaštite;
- zadovoljstvo pacijenata;
- smanjenje potrošnje lijekova;
- unapređenje preventivno-promotivnog rada.

Navedene ciljeve je moguće postići:

- ugovaranjem obaveza između davalaca i kupca zdravstvenih usluga;
- odgovarajućim mehanizmima plaćanja;
- odgovarajućim monitoringom.

2.3. Povećanje efikasnosti tima porodične medicine

Tim porodične medicine u većini kantona u Federaciji BiH se sastoji od doktora porodične medicine, medicinske sestre u ambulanti i terenske medicinske sestre (community nurse). Ova terenska medicinska sestra se često naziva patronažna sestra, iako ona obavlja poslove koji su samo dijelom u djelokrugu rada patronaže. Radi izbjegavanja nesporazuma u terminologiji u daljem tekstu knjige ovu sestru ćemo nazivati imenom „patronažna sestra“. S obzirom da je djelatnost patronažnih sestara veoma značajna, s početkom razvoja porodične medicine u FBiH ova sestra je

uključena u tim. U početku je njen zadatak bio uglavnom vezan za prevenciju i aktivnosti koje i pripadaju patronažnoj sestri, ali se vremenom ukazala potreba i za širenjem njenih aktivnosti na oblast kurative, i to prije svega porastom broja pacijenata koji boluju od teških oboljenja (npr. tumora) i pacijenata koji zahtijevaju poseban tretman u svojoj kući.

Početak rada tima porodične medicine na bilo kom području najviše liči na raniji rad doktora opće medicine, jer je gotovo jedini način kontakta doktora sa pacijentima pasivan i u ambulanti. Da bi se pokazali rezultati preventivnog rada, potrebno je dosta vremena u kojem će se uspostaviti nadzor nad pacijentima, i to kako onim bolesnim, tako i onim zdravim.

Upravo je tu najvažnija uloga patronažne sestre (terenske sestre), koja može približiti tim porodične medicine pacijentima i njihovim porodicama, razumjeti životnu stvarnost svojih pacijenata i prenijeti je svom doktoru. Istraživanje koje je provedeno u Zeničko-dobojskom kantonu je pokazalo da tim porodične medicine ostvaruje pozitivne ekonomske efekte u odnosu na tim opće medicine u vrijednosti od preko 42.000 KM godišnje, od čega je najveći uticaj na ekonomski efekat tima imao rad patronažne sestre u timu porodične medicine.

I pored toga što je u djelokrugu rada tima porodične medicine definisano dosta toga, realna situacija je nepovoljnija od onoga što bismo željeli. Preventini rad uopće, pa i u porodičnoj medicini, slabo je razvijen i svodi se na pojedinačno savjetovanje pacijenata. Ukoliko patronažna (terenska) sestra nije član tima, onda preventivno-promotivnog rada praktično i nema, jer doktor i sestra u ambulanti prosto nemaju vremena. Menadžerske vještine doktora nisu dovoljne za objedinjavanje rada i izvlačenje boljih mogućnosti članova tima. Organizovanje palijativne njege u nekoj drugoj službi (izvan porodične medicine) kompromitovalo bi povjerenje pacijenata u tim porodične medicine, jer bi pacijentima to izgledalo da ih tim porodične medicine napušta u najtežim trenucima, tj. kada član njihove porodice postaje najteži slučaj. Rad sa uslovno zdravom populacijom od strane tima porodične medicine zasad je praktično zanemariv. Sistematičan aktivan nadzor nad oboljelim i osobama sa rizikom za obolijevanje od hroničnih nezaraznih bolesti, kao ključna komponenta preventivnog delovanja, skoro da i ne postoji.

Nadzor nad hroničnim pacijentima – zašto?

Nesporno je da je u većini ambulanti velika gužva u čekaonici. Pitanje je da li velika gužva u čekaonici dovodi do kratkih pregleda ili kratki pregledi dovode do velikih gužvi? Šta god od ovoga bilo tačno, potrebno je smanjiti gužvu, što bi dalo doktoru više vremena za pacijenta, a pacijentima veću dostupnost doktora onda kada ga zaista trebaju. Možda i 30%

pacijenata u ambulantama porodične medicine stabilni su hroničari kojima trebaju samo recept ili uputnica. Da li bi nešto značilo ne pregledati 30% pacijenata, a to vrijeme potrošiti na one ostale? Dakle, umjesto 35 pregleda dnevno imati 25. Stabilan hronični pacijent koji treba recepte ne mora uvijek biti pregledan, niti mora uvijek vidjeti doktora. Kako biti siguran da je hronični pacijent stabilan? Jedini odgovor je – nadzirati ga uz pomoć patronažne sestre.

2.3.1. Monitoring hroničnog pacijenta

Monitoring i adekvatan tretman hroničnog pacijenta više su u domenu menadžerskih, nego kliničkih znanja i vještina. Hronična bolest pogađa sve aspekte nečijeg života i zahtijeva pristup fokusiran na osobu, a ne na bolest. Hronični bolesnik ne pati uvijek samo od bolova i onesposobljujućih efekata bolesti, nego često ima osjećaj gubitka snage, bespomoćnosti, beznadežnosti, gubitka životnog smisla, izdaje, izolacije ili straha. Hronični bolesnik i njegova porodica moraju funkcionisati kao kompetentni saradnici.

Naš primarni zadatak je: otkriti hroničnu bolest što ranije, pomoći bolesniku u organizaciji i upravljanju njegovim svakodnevnim životom (posao, život u kući, i ostale funkcije) i pomoći oboljelom da obnovi psihosocijalni i lični identitet, kako bi se nosio sa hroničnom bolesti. Ovo uključujei sljedeće: obezbijediti infomacije i obuku sa transferom *know-how* (znati kako) pacijentima i porodici kako bi postali efektivni saradnici, a takođe i uspostaviti sistem koji pacijentima i porodici pomaže da organizuju svakodnevni život i upravljaju njime.

Jako je važno za svaki tim porodične medicine aktivno proučavanje distribucuje ovih bolesnika u svojoj populaciji. Vođenje jednostavnih registara “svojih” hroničara sa osnovnim i ažurnim podacima ne predstavlja poseban problem, a može značajno olakšati rad. Od velike koristi je voditi posebne kartone za svakog pacijenta, grupisane po oboljenjima. Na 2.000 registrovanih pacijenata u praksi porodične medicine možemo očekivati slijedeću strukturu morbiditeta:

- Hipertenzija 120 - 160
- Dijabetes 50 - 60
- Oboljenja srca 40 - 50
- Oboljenja želuca 50 - 60
- Reuma 80 - 100
- Trudnoća oko 20
- Porođaj oko 20

Posebno je važan **aktivan rad na terenu, tj. „aktivan nadzor“.** Kako doktor, zbog prevelikog pritiska na ambulantu, nema vremena aktivno i intenzivno raditi na terenu, taj zadatak pada na patronažnu sestru (sestru u zajednici) koja je sastavni dio tima.

Šta je važno znati o “svojim” hroničarima? Neke od najvažnijih karakteristika hroničnih pacijenata koje je važno poznavati su slijedeće:

- Stav pacijenta i porodice prema oboljenju;
- “Nošenje” sa bolešću;
- Stabilnost / nestabilnost oboljenja;
- Pridržavanje terapije i ostalih uputa;
- Na koga se pacijent može osloniti;
- Stepen obučenosti pacijenta i porodice;
- Drugi rizici po zdravlje.

Preduslovi za uspješan rad na ovom planu su sljedeći: posjedovati i stalno usvajati nova znanja, uspostaviti dobru komunikaciju sa pacijentom, njegovom porodicom i okolinom, stalno razvijati sposobnosti uočavanja problema i stanja. Pored toga, patronažna sestra mora dobro planirati i biti ustrajna, i pored eventualnih početnih neuspjeha. Kako bi bila sigurna u uspješnost i kvalitet ovog rada, patronažna sestra bi povremeno trebala vršiti samoprovjeru svoje prakse («audit»). Treba biti svjestan realnosti da hronično oboljeli praktično liječi sam sebe uz pomoć porodice i zdravstvenih profesionalaca.

2.3.2. Monitoring i evaluacija rada patronažne sestre

Porodična medicina se organizuje i provodi u timskom radu i to u sastavu: doktor porodične medicine, medicinska sestra u ambulanti i medicinska sestra u zajednici (patronažna sestra). Zadaci ovog tima su da:

Planira ukupne potrebe za registrovanu populaciju;
- **Provodi** aktivnosti i postupke zdravstvene zaštite za koje je osposobljen i za koje ima uslove;
- **Organizuje** zdravstvenu zaštitu preraspodjelom poslova u timu;
- **Usmjerava** rad po prioritetima i tako osigurava efikasnost i efektivnost zaštite;
- **Koordinira** rad svog tima i drugih zdravstvenih djelatnosti;
- **Sarađuje** sa vanzdravstvenim djelatnostima;
- **Organizuje, koordinira i usmjerava** aktivnosti samozaštite i suzaštite;
- **Vrši evaluaciju** vlastitog rada i stanja zdravlja korisnika.

Kako doktor, zbog zauzetosti u ambulanti, nije u mogućnosti da aktivno i vrlo intenzivno radi na terenu, neophodno je da se osloni na terenski rad patronažne sestre koja je član njegovog tima. Ključni zadaci patronažne setre u timu porodične medicine su da redovno provodi preventivne aktivnosti, aktivni nadzor nad faktorima rizika, aktivni nadzor nad osobama sa rizikom za obolijevanje, a posebno aktivni nadzor nad hroničnim bolesnicima. Da bi se mogao osloniti na njene procjene i sveukupan rad, neophodno je da razvije sistem monitoringa njenog rada.

Monitoring (praćenje) je višedimenzionalan proces, čiji je cilj davanje odgovora na pitanje – da li radimo prave stvari na pravi način. Monitoring se sastoji od: definisanja mjerila rada, sakupljanja podataka, analize, povratka informacija i donošenja odluka.

Šta bi trebalo raditi?

Doktor bi trebao redovno u kartonu pacijenta vršiti uvid u rad patronažne sestre, provjeravajući i procjenjujući njene postupke i procjene, kao i informacije koje dostavlja. Ovo će raditi na taj način da kod svake posjete pacijenta provjeri u kartonu rad terenske sestre, te zabilježi sebi zapažanja. Kad god ima priliku, doktor bi trebao provjeriti rad patronažne sestre i kod pacijenata koji nisu posjećivali ambulantu, ali je patronažna sestra dobila određeni zadatak u vezi njih.

Iako za to nema baš uvijek vremena, važno je redovno održavati sastanke i učestvovati u planiranju rada patronažne sestre. Potrebno je organizovati seriju inicijalnih sastanaka za definisanje pravila i metodologije rada i razmjene informacija, te kasnije održavati redovne sastanke radi razmjene informacija, donošenja odluka i planiranja rada na terenu.

Doktor treba zajedno sa patronažnom sestrom organizovati nadzor nad stabilnim hroničnim pacijentima. Ovo uključuje definisanje mjerila rada: šta pratiti kod pacijenta, koliko često, kako evidentirati, kako izvještavati i sl. Podatke na terenu prikuplja patronažna sestra prema definisanim obrascima i metodologiji. Analizu prikupljenih podataka i informacija o hroničnim bolesnicima vrši doktor uz konsultaciju sa sestrom. Nakon analize slijedi povratna informacija prema sestri, koja može podrazumijevati zahtjeve za novim provjerama ili novim podacima, a nekad i za određenim intervencijama.

Na kraju se donosi odluka da li pacijenta smatramo stabilnim ili ne, što određuje dalje ponašanje prema tom pacijentu. Pod stabilnim hroničnim bolesnikom podrazumijevamo hroničnog bolesnika čiji se osnovni parametri hronične/ih bolesti kreću u ograničenim prihvatljivim vrijednostima, te kod kojih se ne očekuje iznenadno akutno pogoršanje bolesti. Stabilan hronični

bolesnik ne mora uvijek vidjeti doktora, ako je pod stalnim nadzorom patronažne sestre. Za hroničnog bolesnika koji se ne može smatrati stabilnim hroničnim bolesnikom potrebno je obezbijediti pregled doktora u svakoj prilici kada on dođe u ambulantu.

Na osnovu svega konstatovanog o monitoringu i evaluaciji rada patronažne sestre, moguće je zaključiti slijedeće:

- Monitoring i evaluacija rada patronažne sestre omogućavaju povećanje iskorištenosti kapaciteta ove sestre, što može znatno povećati efikasnost rada tima porodične medicine. Kvalitetan rad sestre na terenu će znatno poboljšati ugled TIMA kod pacijenata.

- Dobro organizovan aktivan nadzor na terenu pruža mogućnost pružanja usluga većem broju registrovanih lica, a to povećava prihode tima.

- Porodičnom doktoru se preporučuje da stalno radi na unapređenju vlastitog rada, na unapređenju svojih vještina, te na unapređenju rada tima – i rezultati neće izostati.

2.3.3. Sistem zakazivanja pregleda: standardi

Sistem zakazivanja pregleda se mora temeljiti na nekim općeprihvaćenim standardima rada, kao što su, naprimjer, slijedeći:

- Svi pacijenti imaju identificiran tim;
- Omogućen pristup telefonu;
- Koristi se standardizirana knjiga zakazivanja pregleda;
- Medicinske sestre i doktori su obučeni za korištenje sistema zakazivanja pregleda;
- Pacijenti su informirani o sistemu zakazivanja pregleda;
- Većina pacijenata imaju zakazan pregled unaprijed sa svojim timom;
- Većina pacijenata napušta ambulantu sa zakazanim kontrolnim pregledom kada je to potrebno;
- Sistem je FLEKSIBILAN, ali održava kontinuitet kao prioritet: urgentni slučajevi se mogu primiti, pacijenti koji dolaze bez najave također; pacijenti koji dolaze za obnovu recepta ili zbog uputnice mogu se primiti; pacijenti sa hroničnim zdravstvenim problemima, sa kompleksnim zdravstvenim problemima, i psihosocijalnim problemima također; pregledi se mogu zakazati i za savjetovanje, zdravstvenu edukaciju kao i za pružanje stalne podrške.

2.3.4. Zaključna razmatranja

Jedan od mogućih načina za povećanje efikasnosti rada timova porodične medicine, pa time i smanjenje čekanja na preglede, jeste u uključivanju i zadržavanju patronažnih (terenskih) sestara u tim porodične medicine. Ako ova sestra, svojim angažmanom može obezbjediti da 30% pacijenata dobije potrebnu uslugu, a da ne uzima vrijeme doktoru (da bi ga ovaj potrošio na druge pacijente), njeno uključivanje u tim je opravdano. Pravog rada u porodičnoj medicini nema bez aktivnog nadzora nad hroničnim pacijentima. Aktivan nadzor omogućava:

- otkrivanje pogoršanja na vrijeme;
- nadzor u realnim životnim uslovima pacijenta (ambulanta ne pokazuje realno stanje pacijenta);
- lakše i efikasnije planiranje rada (postupanje po zahtjevu pacijenta otežava planiranje);
- mogućnost prostornog planiranja terenskog rada – obilazak pacijenata prema rejonima (postupanje po zahtjevu pacijenta otežava i ovo planiranje), što je znatno racionalnije;
- racionalnije korištenje raspoloživog vremena.

Doktor i sestra iz ambulante nemaju velike mogućnosti za proaktivan rad, nego samo mogu sjediti u ambulanti i pasivno čekati da im se pacijenti obrate. Aktivnog nadzora od strane tima porodične medicine definitivno nema ako u sastavu tima nije patronažna (terenska) sestra.

2.4. Registracija pacijenata u ambulantama porodične medicine

Imati kvalitetnu evidenciju pacijenata je san svakog kvalitetnog doktora, jer je na osnovu takve evidencije moguće evaluirati protekli i planirati budući rad. Adekvatna evidencija pacijenata podrazumijeva prikupljanje određenih podataka o svim pacijentima. Ova registracija ima poseban značaj, s obzirom da se u pilot-mjestima neće provoditi posebno izjašnjavanje pacijenata u smislu izbora liječnika.

Ko ima slobodu izbora doktora?

Slobodu izbora doktora imaju osigurana lica koja su u momentu izbora doktora punoljetna. Za maloljetna lica doktora porodične medicine će birati njihovi roditelji ili staratelji.

Ograničenja izbora liječnika

U procesu registracije pacijenata za ambulante porodične medicine prve dvije godine registracije pacijenti bi se mogli registrovati samo za ambulantu kojoj geografski gravitiraju. Gravitaciono područje za svaku od ambulanti odredio bi menadžment nadležnog doma zdravlja, u dogovoru sa Zavodom zdravstvenog osiguranja. Tom prilikom pacijenti ne bi imali mogućnost slobodnog izbora doktora za koga će biti registrovani, ali bi svaki od pacijenata bio registrovan kod jednog od porodičnih doktora. U toku registracije u trećoj godini, pacijenti bi imali slobodu opredjeljivanja za doktora unutar njihove ambulante porodične medicine, ukoliko u ambulanti ima više od jednog tima. Počev od registracije za četvrtu godinu, pacijenti bi imali slobodu izbora porodičnog doktora na području općine u kojoj imaju prebivalište, uz uvjet da je cijela općina pokrivena porodičnom medicinom i pojedinačnim ugovaranjem sa doktorima porodične medicine. Pacijentima koji se opredijele za porodičnog doktora čija je ambulanta značajno udaljena od mjesta prebivališta pacijenta bile bi uskraćene neke od usluga tima porodične medicine koje bi (zbog udaljenosti) bilo otežano pružiti ili bi iziskivale značajnije materijalne troškove. Bliži uslovi i prava pacijenata na zdravstvenu zaštitu iz domena porodične medicine u ovakvim slučajevima donijeće se *Pravilnikom o registraciji i slobodnom izboru doktora porodične medicine*, kojeg će Ministarstvo zdravstva naknadno donijeti.

Mjesto i način registracije

Registracija pacijenata za ambulante porodične medicine će se provoditi u ambulantama porodične medicine za osigurana lica koja žive u gravitacionom području određene ambulante. Registracija se, u pravilu, vrši za cijelu porodicu, ali je moguća i za pojedinačne članove. Registracija će se provoditi popunjavanjem registracionog obrasca. Registracioni obrazac treba da sadrži sljedeće podatke:

- za porodicu:
  - ime porodice (prezime)
  - mjesto
  - adresu

- za članove porodice
  - ime
  - matični broj (po mogućnosti)
  - srodstvo sa nosiocem porodice
  - pol
  - godine starosti
  - zdravstveno stanje (postojanje neke hronične bolesti – posebno: dijabetes, hipertenzija, malignitet)
  - invalidnost

Ovaj obrazac sadrži i rečenicu koja predstavlja opredjeljenje pacijenta, odnosno porodice, da se liječi u porodičnoj ambulanti. Obrazac za registraciju pacijenata se nalazi u Anexu 2 ovog dokumenta.

Informisanje stanovništva o načinu provođenja registracije

Stanovništvo koje će biti obuhvaćeno procesom registracije za ambulante porodične medicine mora biti blagovremeno i potpuno informisano o kompletnom procesu. Ovo informisanje će provesti Zavod zdravstvenog osiguranja ili ustanove ili agencije koje ovlasti Zavod zdravstvenog osiguranja ZDK.

Slobodan izbor pacijenta od strane doktora?

Liječnik nema pravo birati pacijente, tj, nema pravo uskratiti nijednom pacijentu pravo da ga odabere za svog porodičnog doktora. Ukoliko ima argumenata za zloupotrebu prava pacijenta, porodični doktor se može obratiti Upravnom odboru Zavoda za zdravstveno osiguranje, da pokrene proceduru za eventualno uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu. Liječnik posebno nema pravo da pacijente bira prema njihovom zdravstvenom stanju. Jedina situacija u kojoj liječnik može odbiti pravo pacijenta na izbor doktora, jeste kada broj registrovanih pacijenata pređe maksimalni broj. Maksimalni broj registrovanih pacijenata za prve tri godine odrediće Dom zdravlja uz saglasnost Zavoda za zdravstveno osiguranje, dok će od registracije za treću godinu, porodični doktor u privatnoj praksi sam određivati maksimalni broj registrovanih pacijenata, o čemu će prethodno obavezno obavijestiti nadležni dom zdravlja i Zavod zdravstvenog osiguranja, dok će taj broj za doktore porodične medicine u javnom sektoru određivati nadležni dom zdravlja u dogovoru sa Zavodom zdravstvenog osiguranja.

Problematični slučajevi!

Pacijentima koji svojim ponašanjem zloupotrebljavaju prava pacijenata i koji otežavaju rad tima porodične medicine, ili otežavaju drugim pacijentima pristup zdravstvenoj zaštiti, kao i onima koji fizički nasrnu na zdravstveno osoblje, porodičnog doktora će odrediti Dom zdravlja, a u ponovljenim i težim slučajevima zloupotrebe prava pacijenta, može im biti uskraćena zdravstvena zaštita, osim u hitnim slučajevima. O ovim slučajevima odluku će donijeti Upravni odbor Zavoda zdravstvenog osiguranja Zenica.

Reklamiranje – kampanja pojedinačnih doktora?!

Reklamiranje ili bilo kakav oblik kampanje od strane porodičnih doktora nije dozvoljena. Jedino će pacijentima biti dostupne informacije o imenima doktora i članova njihovih timova, ambulanta u kojoj rade, kao i stepen njihovog obrazovanja.

2.4.1. Tok informacija u toku registracije pacijenata

Tabela 1: Tok informacija u toku registracije osiguranih lica

		INFORMACIJA OD		
		Osiguranog lica	Porodičnog liječnika (DZ)	Fonda zdravstvenog osiguranja
INFORMACIJA PREMA	Osiguranom licu		-ime PL (DZ) -adresa -broj telefona i faxa -radno vrijeme -kontakt izvan radnog vremena -usluge koje će se pružati kao dio osnovnog paketa -cjenovnik participacije	-informacije o proceduri registracije, krajnjim rokovima, obavezama i pravima građana, detaljne informacije kako i gdje se registrovati
	Porodičnom liječniku (DZ)	-ime -adresa -JMBG -broj telefona -dob -zdravst. status -dat. registracije -dokaz o registraciji -status osiguranja		Spisak osiguranih lica unutar područja koje pripada PL, koji sadrži: -ime -adresu -JMBG
	Fondu zdravstvenog osiguranja		Broj registrovanih građana sa podacima: -ime -adresa -JMBG -broj telefona -dob -zdravstveni status -datum registracije -dokaz o registraciji -status osiguranja Za akreditaciju i monitoring: -ime PL (DZ) -adresa -broj telefona i faxa -radno vrijeme -kontakt izvan radnog vremena -usluge koje će se pružati kao dio osnovnog paketa	

2.5. Osnovni uslovi za priznavanje porodične medicine

Kako bi se obezbijedilo da timovi porodične medicine, koji će biti verificirani i sa kojima će se ugovarati, zaista implementiraju porodičnu medicinu i u svom svakodnevnom radu primjenjuju one principe koji će omogućiti izvlačenje pozitivnih efekata koje očekujemo od porodične medicine – potrebno je definisati set preduslova koje treba jedan tim porodične medicine, odnosno dom zdravlja, ispuniti da bi ubuduće Zavod zdravstvenog osiguranja priznao taj tim za tim porodične medicine i uvrstio ga, bilo u kolektivno, bilo u pojedinačno ugovaranje. Ti preduslovi su sljedeći:

Definisan tim u sastavu minimalno: 1 doktor porodične medicine, 1 patronažna sestra i 1 medicinska sestra, pri čemu se ne mogu članovi tima premještati iz jedne ambulante u drugu bez naročito opravdanog razloga.

Registrovani pacijenti sa gravitacionog područja. Tim porodične medicine treba sa svog gravitacionog područja registrovati sve pacijente koji će se liječiti u toj ambulanti, a prema Uputstvu o registraciji pacijenata za ambulante porodične medicine na području Zeničko-dobojskog kantona.

Obuhvat najvećeg dijela stanovništva na gravitacionom području (sve populacione grupe). Obuhvat djece ispod 6 godina treba biti minimalno 30%, s tim da će se svake naredne godine ovaj procenat povećavati za 10%, a djece i omladine 6 – 19 godina minimalno 80% od procijenjenog broja na gravitacionom području. Dokazuje se upoređivanjem broja i starosne strukture registrovanih pacijenata sa procjenjenim brojem stanovnika pojedinih populacionih grupa.

Uspostavljen sistem naručivanja pacijenata na način kako je to elaborirano u prethodnom tekstu. Dokazuje se prisustvom protokola – knjige naručivanja, sa ažurno zavedenim planom posjeta pacijenata, kao i istaknutim pisanim uputstvom pacijentima o načinu naručivanja i istaknutim brojem telefona, kao i porodičnim doktorima koji rade u konkretnoj porodičnoj ambulanti.

Uspostavljen sistem aktivnog nadzora nad određenim hroničnim bolestima, kao što su slijedeće:

- dijabetes
- hipertenzija

Dokazuje se:

- prisustvom posebnih kartona dijabetičara i kartona hipertoničara, kao i kartona osoba sa visokim rizikom za obolijevanje od dijabetesa, koji su uloženi u pacijentov karton;
- uspostavljenim spiskovima (jednostavni registar) oboljelih od dijabetesa, hipertenzije i osoba sa visokim rizikom za obolijevanje od dijabetesa;
- planom posjeta ovim pacijentima kao sastavni dio plana posjeta patronažne sestre.

Aktivan nadzor nad trudnicama, porodiljama i novorođenčadi (patronažna sestra)

Dokazuje se:

- prisustvom kartona trudnice – porodilje i kartona novorođenčeta u kartonu pacijenta;
- uspostavljenim spiskovima (jednostavni registar) trudnica, porodilja i novorođenčadi;
- planom posjeta ovim pacijentima kao sastavni dio plana posjeta patronažne sestre.

Aktivno praćenje rasta i razvoja djeteta (patronažna sestra)

Dokazuje se:

- prisustvom kartona za praćenje rasta i razvoja djeteta, kao sastavni dio kartona pacijenta;
- planom posjeta djeci, kao sastavni dio plana posjeta patronažne sestre.

U Anexu 6 se nalaze sljedeći obrasci za praćenje:

- Karton za praćenje dijabetičara;
- Karton za praćenje hipertenzije;
- Karton zdravstvene njege dojenčeta;
- Karton za praćenje trudnice;
- Karton za praćenje porodilje;
- Problem-lista;
- Plan sestrinske njege (za patronažnu sestru);
- Obrazac za sestrinsku procjenu (za patronažnu sestru).

2.6. Modeli ugovaranja u porodičnoj medicini

Kada je u pitanju način ugovaranja sa doktorom porodične medicine, iz iskustava nekoliko pilot projekata, među kojima je i naš u Zavidovićima, smatramo da je to moguće realizovati na dva načina:

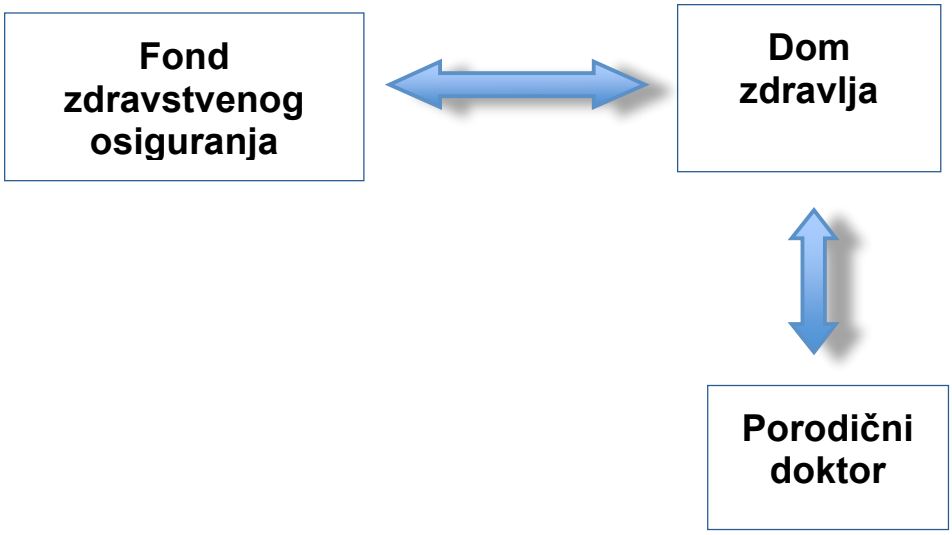
- direktnim ugovaranjem između Zavoda i porodičnog doktora;
- indirektnim ugovaranjem na dva nivoa, pri čemu Zavod sklapa ugovor sa domom zdravlja, a dom zdravlja sa ugovornim doktorom.

Kod direktnog ugovaranja između zavoda zdravstvenog osiguranja i porodičnog ljekara postoje samo dvije strane u ugovoru. Ovakav ugovor zahtijeva samostalnog porodičnog doktora, što znači – da bi doktor mogao potpisati ovakav ugovor, morao bi registrovati privatnu praksu. Da li su svi naši potencijalni porodični doktori zainteresovani za privatnu praksu, kada znamo koje finansijske rizike ona nosi u situaciji nedovoljnih novčanih sredstava u sistemu zdravstva? Tu je i značajan nedostatak znanja i vještina iz menadžmenta i ekonomike kod doktora. Da li bi ovakva »prisilna« privatizacija mogla dovesti do odbojnosti i bježanja od porodične medicine, sa slijedećom floskulom: »Neću u porodičnu medicinu, jer će me natjerati na privatnu praksu u kojoj mogu finansijski propasti«?

Mi smo se stoga opredijelili za indirektno pojedinačno ugovaranje na dva nivoa.

Kod indirektnog ugovaranja na dva nivoa, zavod će sa domom zdravlja ugovoriti zdravstvenu zaštitu za kompletno stanovništvo na području općine (području za koje je dom zdravlja osnovan), a ugovorom će dom zdravlja biti obavezan da pravi posebne ugovore sa pojedinim porodičnim doktorima, i to kako sa onima u privatnoj praksi, tako i sa onima koji su zaposleni u javnom sektoru u domu zdravlja. Ovakav koncept daje mogućnost da se doktori koji to žele opredijele za privatnu praksu bez prisile. Ugovor o radu, na osnovu Zakona o radu, davat će mogućnost ugovora sa zaposlenim doktorima. Ovakav koncept ugovaranja je sličan onome u Njemačkoj, pri čemu bi domovi zdravlja imali ulogu kakvu imaju liječničke asocijacije u Njemačkoj.

Shema 2: **Indirektno ugovaranje na dva nivoa**



Kod indirektnog ugovaranja postoje tri partnera i ugovaranje se vrši na dva nivoa. Na prvom nivou ugovorni odnos imaju fond zdravstvenog osiguranja i dom zdravlja, a na drugom nivou dom zdravlja sklapa ugovor sa porodičnim doktorom. U ovom slučaju ugovorni doktor može birati da li će rediti u javnom ili privatnom sektoru.

Ovakav način ugovaranja će rasteretiti Zavod zdravstvenog osiguranja, jer bi svaki dom zdravlja imao manje pojedinačnih ugovora nego što bi ih imao Zavod kada bi sklapao pojedinačne ugovore. Npr. na području Zeničko-dobojskog kantona najveći dom zdravlja bi imao najviše 65 pojedinačnih ugovora sa porodičnim doktorima, dok bi po prethodna dva koncepta ugovaranja Zavod zdravstvenog osiguranja pripremao preko 200 posebnih ugovora sa pojedinačnim porodičnim doktorima.

Sljedeći jako bitan efekat ovakvog ugovaranja je sigurnost u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite za stanovništvo na nekom području. Ako Fond zdravstvenog osiguranja ugovara direktno sa porodičnim doktorom, može se desiti da on, iz bilo kog razloga, nenajavljeno zatvori svoju privatnu praksu (bolest, finansijski kolaps, smrt i sl.). U toj situaciji bi njegovi korisnici bili uskraćeni za zdravstvenu zaštitu. Prelazak na drugog ili druge doktore zahtijevao bi znatno vrijeme i predstavljao bi za Zavod zdravstvenog osiguranja veliki problem, s obzirom da se Zavod ne bavi direktnom organizacijom zdravstvene zaštite. To bi se moglo ublažiti na taj način da svaki privatni porodični doktor obezbijedi bankovnu garanciju u

relativno visokom iznosu – čime bi se kompenzirao udar nastao prestankom rada njegove ordinacije (sličan model postoji u Švicarskoj). Ovakva bankovna garancija bi do te mjere otežala ispunjavanje uslova za privatnu praksu u porodičnoj medicini da, praktično, ne bismo imali uopće zainteresovanih za privatnu praksu.

Ugovaranje po našem konceptu (indirektno na dva nivoa), obavezu obezbjeđenja zdravstvene zaštite za stanovništvo određenog područja prebacuje na dom zdravlja (što i sada radi), a on dalje ugovara sa pojedinačnim porodičnim doktorima u privatnom ili javnom sektoru. U tom smislu su razrađeni tekstovi dva ugovora za oblast porodične medicine:

- Ugovor između Zavoda zdravstvenog osiguranja i doma zdravlja;
- Ugovor između doma zdravlja i izabranog porodičnog doktora (u privatnom ili javnom sektoru).

Bitno je naglasiti da ovakav sistem ugovaranja ne mora davati domu zdravlja poziciju monopola u dijelu aktivnosti koje obuhvataju knjigovodstvo, komercijalno-nabavnu djelatnost, čišćenje prostorija i slično. Dom zdravlja bi od ukupnih sredstava zadržavao samo jedan vrlo mali dio za administrativne aktivnosti (kao što to rade asocijacije liječnika u Njemačkoj u procesu ugovaranja), a za sve ostale nezdravstvene aktivnosti bi se morao natjecati na tržištu. Znači, porodični doktor u privatnoj praksi bi ugovarao sa domom zdravlja pružanje svojih usluga i bio plaćen kapitacijom, a poslove knjigovodstva, nabavke lijekova i potrošnog materijala i drugo, mogao bi ugovoriti i sa nekom drugom firmom.

Fond će sklopiti ugovor sa domom zdravlja za obezbjeđenje zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine za registrovano stanovništvo, na osnovu kojeg će dom zdravlja dalje ugovarati sa pojedinačnim doktorom porodične medicine (kao nosiocem tima), koji bi pružao zdravstvenu zaštitu iz svog djelokruga rada za odabranu populaciju. Tim porodične medicine čine:

- 1 doktor medicine
- 1 porodična sestra (koja se prevashodo bavi patronažnim radom)
- 1 medicinska sestra na poslovima zdravstvene informatike i intervencije

U zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica i dostupnosti terena, tim porodične medicine može imati i veći broj patronažnih sestara.

2.7. Koncept plaćanja

Sljedeće bitno pitanje je način na koji će timovi biti plaćeni. Cilj je pacijentima pružiti što kvalitetniju uslugu i podstaći timove porodične medicine na efektivan i efikasan rad, uzimajući u obzir kontrolu troškova.

Kupci usluga (zavodi zdravstvenog osiguranja) moraju imati dovoljno informacija za svoj sistem kontrole, pa se moraju definisati elementi informacionog sistema koji će omogućiti takvo praćenje.

Koncept plaćanja koji nije administrativno komplikovan a može dati dovoljno motivacionih faktora za kvalitetan rad jeste plaćanje po glavi korisnika (kapitacija). Kapitacija predstavlja fiksnu svotu novca po jednom pacijentu za određeni vremenski period (npr. 1 godina), koja se liječniku plaća unaprijed za usluge iz programa zdravstvene zaštite ugovorene sa zavodom zdravstvenog osiguranja. Visina pojedinačne kapitacije će zavisiti od dobne skupine, a može zavisiti i od lokacije prakse (urbana i ruralna) ili znanja i vještina liječnika (specijalista ili ne). Pored ovoga se trebaju uključiti i određena nagradna plaćanja za postignute rezultate (dobra propisivačka praksa, dobra referalna praksa, prevetnivno-promotivni rad…). Isplata po usluzi bi trebala da obuhvati samo neke usluge i da čini mali dio ukupnog prihoda tima.

Polazeći od pretpostavke da uspjeh privatne inicijative u oblasti porodične medicine najvećim dijelom zavisi od novca što ga Fond može opredijeliti za jedan tim porodične medicine, smatramo da se treba poći od iznosa koji je potreban da bi prosječan tim porodične medicine mogao pozitivno poslovati.

Suština ovakvog načina plaćanja doktora u porodičnoj medicini jeste u izgradnji mehanizama za stimualciju izabranog porodičnog doktora kroz vezivanje njegovih ličnih primanja sa brojem registrovanih pacijenata, kontrolom troškova u ambulanti i kontrolom troškova koje ovaj doktor proizvodi slanjem svojih pacijenata u bolnicu, kod specijaliste i na dijagnostička ispitivanja, kao i propisivanjem lijekova.

Ciljevi novog mehanizma plaćanja bi se mogli grupisati ovako:

- povećati alokativnu efikasnost u finansiranja PZZ (izbjeći pretplaćivanje i potplaćivanje);
- povećati kvalitet PZZ;
- održati finansijsku stabilnost zdravstvenog sektora;
- povećati jednakost u dostupnosti zdravstvene zaštite;
- promovisati preventivne aktivnosti u PZZ.

S obzirom da različite dobne skupine imaju različito zdravstveno stanje pa i troše različite iznose za zdravstvenu zaštitu, za očekivati je da doktor nastoji izbjeći pacijente koji bi ga mogli mnogo koštati.

Zbog toga će se primijeniti različit iznos kapitacije za pojedine dobne skupine (težinska kapitacija), i to u skladu sa očekivanom zdravstvenom potrošnjom, odnosno, učestalošću zahtijeva za zdravstvenom zaštitom.

Tabela 2: Relativni odnosi kapitacije po dobnim skupinama

Dobna skupina	Relativni odnosi kapitacije po dobnom skupinama
0-6 g.	2
7-19 g.	1
20-64 g.	1,5
preko 65 g.	2,5

Standardi i normativi zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja (iz 2003. godine) predviđaju sljedeće iznose kapitacije po dobnim skupinama:

Tabela 3: Iznos osnovne kapitacije po dobnim skupinama

Dobna skupina	**Iznos osnovne kapitacije (bodova)**
0-6 g.	64
7-19 g.	32
20-64 g.	48
preko 65 g.	80

Ukupna visina sredstava koje Zavod zdravstvenog osiguranja plaća za djelatnost porodične medicine zavisi od broja registrovanih osiguranih lica i njihove starosne strukture.

Standardni tim sa 2000 registrovanih osiguranika prosječne starosne strukture (prosjek kantona) ostvarit će iznos prihoda od kapitacije kojeg označavamo sa PK_{2000}. Tabela 4 pokazuje izračun PK_{2000}.

Tabela 4: Prihod od kapitacije za standardni tim

Starosna grupa	**Iznos kapitacije**	**Broj osiguranika**	**PK (prihod od kapitacije)**
0-7 godina	64,0	144	9.216
7-19 godina	32,0	356	11.392
19-65 godina	48,0	1.194	57.312
preko 65 godina	80,0	306	24.480
UKUPNO		2.000	**102.400**

Radi lakšeg razumijevanja kasnijih upoređivanja različitih prihoda timova u zavisnosti od broja registrovanih osiguranika, ovdje ćemo kao primjer navesti izračun kapitacije za dva hipotetska tima od kojih jedan ima 2.500, a drugi 1.500 registrovanih osiguranika.

Tabela 5: Izračun prihoda od kapitacije za Hipotetski tim 1:

Starosna grupa	Iznos kapitacije	Broj osiguranika	PK (prihod od kapitacije)
0-7 godina	64,0	180	11.5
7-19 godina	32,0	445	14.2
19-65 godina	48,0	1.493	71.6
preko 65 godina	80,0	382	30.5
UKUPNO		2.500	**127.9**

Tabela 6: Izračun prihoda od kapitacije za Hipotetski tim 2:

Starosna grupa	Iznos kapitacije	Broj osiguranika	PK (prihod od kapitacije)
0-7 godina	64,0	108	6.9
7-19 godina	32,0	267	8.5
19-65 godina	48,0	896	43.0
preko 65 godina	80,0	230	18.4
UKUPNO		1.500	**76.8**

Ovako dobijena ukupna sredstva opredjeljuju se za period od jedne godine, a isplaćuju se u jednakim mjesečnim tranšama.

Za očekivati je da će u gradskim područjima roditelji za svoje predškolsko dijete odabrati pedijatra, ali u udaljenijim ruralnim podučjima će se vjerovatno opredijeliti za porodičnog doktora, iz razloga dostupnosti.

2.7.1 Neke dodatne mjere

Mjere za povećanje dostupnosti

Jedan od ciljeva reforme primarne zdravstvene zaštite uvođenjem porodične medicine bio je i povećati dostupnost primarne zdravstvene zaštite. Dostupnost se, između ostalog, povećava i širenjem mreže objekata porodične medicine. Međutim, širenje mreže (otvaranje što većeg broja

objekata što bliže pacijentima) iziskuje veće troškove, što destimuliše menadžmente domova zdravlja za takvu aktivnost.

Nije svejedno da li jedan dom zdravlja usluge porodične medicine pruža u 10 ili 20 ambulanti. Veći broj ambulanti znači veću dostupnost pacijentima. Za npr. 8.000 pacijenata koje opslužuje 4 tima može biti opredijeljena jedna ambulanta sa dvije ordinacije u kojoj sva četiri tima rade u dvije smjene, što je u gusto naseljenim gradskim područjima prihvatljivo. Međutim, ako 8.000 osiguranih lica živi dosta razuđeno na velikom ruralnom području, veća dostupnost tima porodične medicine će se obezbjediti ako ova 4 tima rade u 4 ambulante na četiri različite lokacije. Naravno da rad 4 tima na jednoj lokaciji košta manje nego rad ista četiri tima na četiri lokacije. Iz tog razloga je neophodno u sistem plaćanja uvrstiti nadoknadu za fiksne troškove ambulante. Dakle, Zavod zdravstvenog osiguranja treba za svaku ambulantu plaćati određenu nadokandu (PNA) koja treba da kompenzuje povećane fiksne troškove.

Predlažemo da se ovaj iznos dobija iz sljedeće formule:

$$PNA = PK_{2000} \times 0,05$$

Gdje je:
PNA - Posebna nadoknada po ambulanti
PK_{2000} - Prihod od kapitacije za 2000 registrovanih osiguranika prosječne starosne strukture

To bi, otprilike bio iznos od 50% od troškova amortizacije opreme, tekućeg i investicionog održavanja, grijanja i električne energije za jedan tim. Naime, rad sa manjim brojem timova po ambulanti najviše utiče na porast ovih troškova.
Ovaj iznos se može odrediti i na drugi način, ali je bitno da se definiše svake godine.

Opredjeljivanje ovih sredstava treba da bude poticaj domovima zdravlja da šire mrežu ambulanti porodične medicine, što je interes pacijenata, pa bi trebao biti i interes Zavoda zdravstvenog osiguranja. U suprotnom, dom zdravlja bi mogao biti zainteresovan da sve kapacitete locira u zgradi doma zdravlja, jer mu je to najjeftinije i najlakše za organizovati.

Kako sistem ugovaranja predstavlja dogovor dvije strane, nije poželjno da dom zdravlja bude na nešto natjeran, nego treba da kroz sistem ugovaranja bude motivisan na određeno ponašanje.

Iako mrežu praksi porodične medicine ne treba da dizajnira isključivo tržišna efikasnost, jer je ona izraz i potreba i zdravstvene politike – ipak

obezbjeđivanje ovakvih dodatnih sredstava olakšava eliminaciju otpora popunjavanju mreže praksi porodične medicine.

Zamjena u toku odsustva

U toku godine svaki član tima će biti odsutan određeni broj dana iz najmanje tri razloga: godišnji odmor, bolovanje, stručno usavršavanje.

Od ukupno 260 radnih dana u toku godine, ovo odsustvo bi moglo iznostiti i do 53 radna dana. Otprilike 30 radnih dana otpada na godišnji odmor, 16 radnih dana na bolovanja (oko 6%) i oko 7 radnih dana na stručna usavršavanja i druge razloge.

Ovih 53 dana čini oko 20% ukupnog radnog vremena. Neke države, u okviru ugovaranja sa porodičnim doktorima, primjenjuju model po kome svako ko želi koristiti plaćeno odsustvo mora sam obezbijediti adekvatnu zamjenu. Smatramo da je takav model krajnje nepovoljan za doktore. Kako bismo oslobodili doktore, pa i druge članove tima, obaveze da za svako plaćeno odsustvo traže adekvatnu zamjenu, pa time i budu odgovorni za rad takve zamjene, ovdje predlažemo model po kome je dom zdravlja odgovoran obezbjediti zamjenskog zdravstvenog profesionalca. Naravno, taj zamjenski radnik mora biti plaćen; za jednostavniju organizaciju ovih zamjena neophodno je obezbijediti poseban fond sredstava za plaćanje zamjenskih radnika. To se može postići izdvajanjem iz sredstava dobijenih kapitacijom iznosa od 20% predviđenih sredstava za bruto-plate članova tima. Zamjene bi se obezbjeđivale na bazi dobrovoljnog opredjeljivanja za zamjenski rad. Ukoliko se ovim putem ne bi moglo obezbjediti dovoljno zamjenskog rada, koristila bi se obaveza svih ugovornih doktora (uključujući i privatne) da budu na raspolaganju menadžmentu doma zdravlja za pokrivanje rada odsutnih članova timova, kao i pokrivanje drugih oblika dežurstava (npr. Služba hitne pomoći).

Na ovom planu treba uzeti u obzir međuljudske odnose između konkretnih zdravstvenih profesionalaca i mogućnost postojanja poremećenih odnosa. Zbog toga menadžment doma zdravlja može svakom doktoru ponuditi da napravi svoju listu kolega koji su prihvatljivi za zamjenu, te sa te liste određivati zamjenskog zdravtsvenog profesionalca. Ovo bi moglo posebno biti važno kada su u pitanju zdravstveni profesionalci iz privatnih praksi.

2.7.2. Plaćanje osoblja u privatnom sektoru

U privatnom sektoru vlasnik privatne prakse je doktor koji u svom timu zapošljava potrebno osoblje, a minimalno dvije medicinske sestre (obaveza iz Ugovora).

Privatna praksa mora biti neprofitnog tipa, kako bi se izbjegla opasnost da privatni kapital iz drugih izvora ulazi u ovaj segment zdravstva, pri čemu bi osnovni cilj djelatnosti bio profit, a doktori bi bili u neprihvatljivom položaju najamnih radnika. Time bi se izgubili motivirajući mehanizmi koji kod doktora trebaju proizvesti željeno ponašanje (racionalna potrošnja lijekova, racionalno korištenje viših nivoa zdravstvene zaštite, povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite).

U privatnom sektoru novcem raspolaže vlasnik prakse, ali u skladu sa zakonskom regulativom i ugovorom.

Kad je u pitanju plaćanje medicinskih sestara, vlasnik privatne prakse mora poštovati *Kolektivni ugovor u zdravstvu*, te na osnovu njega i Zakona odrediti platu i ostala primanja medicinskih sestara.

Ukoliko procijeni da medicinska sestra značajno doprinosi ukupnom rezultatu svojim radom, odnosom i zalaganjem – on će je stimulativno nagraditi, te se na ovom planu privatnom liječniku ne bi trebala postavljati neka posebna ograničanja, osim u sastavu i stručnosti tima, te poštivanja Zakona o radu i Kolektivnog ugovora u zdravstvu.

Prihode doktora u privatnoj praksi porodične medicine predstavljat će novac koji preostane od ukupno ostvarenog prihoda ambulante od kapitacije za registrovane pacijente – nakon što se isplate plate zaposlenih medicinskih sestara i pokriju ostali troškovi poslovanja. S obzirom da, kao vlasnik prakse, liječnik sam odlučuje o raspodjeli svog prihoda, on će odlučiti koji dio ovako ostvarenog prihoda tretirati i knjigovodstveno evidentirati kao svoju platu, na koju će platiti pripadajuće doprinose i poreze, a koliki dio će investirati u unapređenje rada ambulante.

Eventualno ostvarena nagradna plaćanja pripadaju liječniku i predstavljaju ekstra-prihod.

Da bismo izbjegli sve probleme oko obezbjeđenja zamjene u slučaju odsustva sa posla, organizaciju tih aktivnosti će preuzeti menadžment doma zdravlja. Na ime pokrića troškova plaćanja zamjenskog osoblja, od prihoda tima po osnovu kapitacije će se oduzeti određeni iznos koji iznosi cca 20% iznosa koji bi se trebao opredijeliti za bruto-plate članova tima. Na ovaj način se doktorima privatnicima koji imaju ovakav ugovor daje sloboda oko korištenja godišenjeg odmora, stručnog usavršavanja i bolovanja – bez problema u vezi s pronalaskom zamjene. Istovremeno, menadžment doma

zdravlja ima novac kojim može platiti osoblje koje mijenja one koji su odsutni sa posla po bilo kom osnovu.

Dom zdravlja će za potrebe ugovornog doktora obavljati poslove knjigovodstva, snabdijevanja potrošnim materijalom, lijekovima i drugim potrepštinama, a uz to i usluge statističkog praćenja i statističkog izvještavanja, kao i monitoring rada tima. Na ime ovih usluga dom zdravlja će, od sredstava koja timu pripadaju po osnovu kapitacije, zadržavati 7% iznosa.

Ukoliko privatni ugovorni doktor obavlja svoje poslove u prostoru iznajmljenom od doma zdravlja, dom zdravlja će za taj prostor obezbjediti održavanje higijene, tekuće i investiciono održavanje. Troškovi ovih usluga će biti pokriveni iz zakupnine.

2.7.3. Plaćanje osoblja u javnom sektoru

Kako se odnosi u zdravstvu ne mogu svesti na čisto ekonomske, tako ni cijena zdravstvene djelatnosti nije ekonomska (bez obzira na metode plaćanja u zdravstvu), nego društveno dogovorena nadoknada za obavljanje djelatnosti u zaštiti i unapređenju zdravlja, koja je istovremeno i bitan dio društvene politike na polju zdravstva.

Efikasna zajednica podrazumijeva da je za postizanje određenih ciljeva potrebno definisati aktere u procesu, njihove interese, kao i motivacione mehanizme, kako bi se što veći broj aktera u procesu iskreno i zainteresovano uključio. Vrlo važan motivacioni faktor je finansijski.

Za proces implementacije porodične medicine, a naročito za implementaciju procesa ugovaranja, jako je važan način plaćanja članova tima, a prije svega doktora porodične medicine (Reimbursement).

Za realno je pretpostaviti da znatan broj doktora koji bi mogli raditi u porodičnoj medicini, zbog predrasuda, stavova, straha, neće željeti napustiti javnu zdravstvenu ustanovu i raditi kao privatni poduzetnik. Zbog toga je potrebno definisati okvir za sistem plaćanja članova tima porodične medicine, a koji bi bio stimulativan za kvalitetan, efikasan i efektivan rad članova tima a prije svega nosioca tima, doktora porodične medicine.

Plaćanje osoblja u javnom sektoru ima određene specifičnosti i potrebno ga je uskladiti sa kolektivnim ugovorom u zdravstvu.

Sredstva opredijeljena za plate članova tima u okviru planiranih sredstava za rad tima veća su nego što je potrebno da bi se u pogledu plata ispoštovao Kolektivni ugovor u zdravstvu.

Princip određivanja plate članova tima jeste da oni za opsluživanje 2000 osiguranika prosječne starosne strukture treba da rade 7,5 sati dnevno i ostvare platu u skladu sa odredbama kolektivnog ugovora za oblast zdravstva.

Plata članova tima porodične medicine bi se sastojala od dva osnovna dijela: fiksnog dijela plate i varijabilnog dijela plate.

Fiksni dio plate je zasnovan na zakonskoj regulativi i trebao bi biti u skladu sa Kolektivnim ugovorom u zdravstvu. Iznos fiksnog dijela plate se određuje tako da zajedno sa varijabilnim dijelom za normativni broj osiguranih lica (2000 osiguranih lica) daje iznos plate po kolektivnom ugovoru za oblast zdravstva.

Prema odredbama kolektivnog ugovora osnovne plate članova tima su sljedeće:

Za doktora specijalistu:	4,2 x 2 x 163,75 =	1.376 KM
Za patronažnu sestru:	2,6 x 2 x 163,75 =	825 KM
Za medicinsku sestru:	2,1 x 2 x 163,75 =	688 KM

Fiksni dio plate se izračunava prema sljedećoj formuli:

$$P_{FD} = P_{KU} – PK_{2000} \times F_A \times F_D$$

Gdje je:

P_{FD} – Fiksni dio plate

P_{KU} – Iznos plate po kolektivnom ugovoru

PK_{2000} - Prihod od kapitacije za 2000 registrovanih osiguranika prosječne starosne strukture

F_A - Faktor alokacije

F_D - Faktor distribucije

P_{KU} - Prema kolektivnom ugovoru plata doktora (pod pretpostavkom da je specijalista) bi iznosila 1.376 KM mjesečno, patronažne sestre 825 KM, a medicinske sestre 688 KM

PK_{2000} - Prihod od kapitacije za 2000 registrovanih osiguranika prosječne starosne strukture bi u našem slučaju prosječne starosne strukture (za Zeničko-dobojski kanton u 2008.godini) iznosio 102.400 bodova. Ovdje ćemo koristiti vrijednost boda od 1 KM.

F_A - Faktor alokacije iznosi 0,014 i pokazuje koji dio Prihoda od kapitacije se odvaja za mjesečni iznos varijabilnog dijela plata članova tima.

Dobija se iz sljedeće formule:

$$F_A = 0,3 : 12 : 1,779 = 0,014$$

0,3 je dio PK koji se opredjeljuje za varijabilni dio plata (ovdje je predloženo 0,3 ali je moguće odrediti i drugačiju proporciju)
12 je broj mjeseci u godini (jer ovim faktorom izračunavamo mjesečni iznos)
1,779 je koeficijent odnosa bruto i neto plate (jer ovim faktorom želimo dobiti neto platu);

F_D- Faktor distribucije pokazuje distribuciju alociranih sredstava za varijabilni dio plate po članovima tima. F_D za doktora je F_D^{DR} = 0,55, za patronažnu sestru je F_D^{PS} = 0,30, a za medicinsku sestru F_D^{MS} = 0,15,

Za doktora $P_{FD}^{DR} = 1376 – PK_{2000} \times 0,014 \times F_D^{DR}$
Za patronažnu sestru $P_{FD}^{PS} = 825 – PK_{2000} \times 0,014 \times F_D^{PS}$
Za medicinsku sestru $P_{FD}^{MS} = 688 – PK_{2000} \times 0,014 \times F_D^{MS}$

Gdje je :
P_{FD}^{DR} - Fiksni dio plate doktora
P_{FD}^{PS} - Fiksni dio plate patronažne sestre
P_{FD}^{MS} - Fiksni dio plate medicinske sestre
PK_{2000} - Prihod od kapitacije za 2000 registrovanih osiguranika prosječne starosne
strukture
F_D^{DR} faktor distribucije za doktora
F_D^{PS} faktor distribucije za patronažnu sestru
F_D^{MS} faktor distribucije za medicinsku sestru

U našem primjeru za prosječnu starosnu strukturu PK_{2000} iznosi 102.400 KM.
Prema ovome, fiksni dio plata članova tima iznosi kako slijedi:

Za doktora $P_{FD}^{DR} = 1376 – 789 =$ 587 KM
Za patronažnu sestru $P_{FD}^{PS} = 825 – 430 =$ 395 KM
Za medicinsku sestru $P_{FD}^{MS} = 688 – 215 =$ 473 KM

Fiksni dio plate članova tima se za područje kantona određuju na početku godine i zavisi od vrijednosti boda, kao i starosne strukture osiguranih lica.

Varijabilni dio plate zavisi od broja registrovanih pacijenata i prihoda ostvarenog po osnovu kapitacije.

Od ukupno ostvarenog prihoda po osnovu kapitacije (PK), 30% se opredjeljuje za varijabilni dio plata članovima tima pri čemu 55% tog iznosa ide za doktora, 30% za patronažne sestre i 15% za sestre u ambulanti.

Varijabilni dio plate se izračunava prema sljedećoj formuli:

$$P_{VD} = PK \times F_A \times F_D$$

Gdje je:
P_{VD} - Varijabilni dio plate
PK - Prihod od kapitacije
F_A - Faktor alokacije
F_D - Faktor distribucije

Za doktora	$P_{VD}^{DR} = PK \times 0,014 \times 0,55$
Za patronažnu sestru	$P_{VD}^{PS} = PK \times 0,014 \times 0,55$
Za medicinsku sestru	$P_{VD}^{MS} = PK \times 0,014 \times 0,55$

U našem primjeru za hipotetski tim 1 sa 2.500 registrovanih osiguranika, PK iznosi 127.984 KM.
Prema ovome, varijabilni dio plata članova tima iznosi kako slijedi:

Za doktora	$P_{VD}^{DR} = 127.984 \times 0,014 \times 0,55$	= 986 KM
Za patronažnu sestru	$P_{VD}^{PS} = 127.984 \times 0,014 \times 0,30$	= 538 KM
Za medicinsku sestru	$P_{VD}^{MS} = 127.984 \times 0,014 \times 0,15$	= 269 KM

Ukupna plata bi se izračunavala prema sljedećoj formuli:

$$P = (P_{KU} - PK_{2000} \times 0,014 \times F_D) + (PK \times 0,014 \times F_D)$$

Ukupna plata (P) članova hipotetskog tima 1 je:

Za doktora	$P^{DR} = P_{FD}^{DR} + P_{VD}^{DR} = 587 + 968 = 1.573$ KM
Za patronažnu sestru	$P^{PS} = P_{FD}^{PS} + P_{VD}^{PS} = 395 + 538 = 933$ KM
Za medicinsku sestru	$P^{MS} = P_{FD}^{MS} + P_{VD}^{MS} = 473 + 269 = 742$ KM

U našem primjeru za hipotetski tim 2 sa 1.500 registrovanih osiguranika, PK iznosi 76.864 KM.
Prema ovome, varijabilni dio plata članova tima iznosi kako slijedi:

Za doktora	$P_{VD}^{DR} = 76.864 \times 0,014 \times 0,55$	= 592 KM
Za patronažnu sestru	$P_{VD}^{PS} = 76.864 \times 0,014 \times 0,30$	= 323 KM

Za medicinsku sestru P_{VD}^{MS} = 76.864 x 0,014 x 0,15 = 161 KM

Ukupna plata (P) članova hipotetskog tima 2 je:

Za doktora $P^{DR} = P_{FD}^{DR} + P_{VD}^{DR} = 587 + 592 = 1.179$ KM
Za patronažnu sestru $P^{PS} = P_{FD}^{PS} + P_{VD}^{PS} = 395 + 323 = 718$ KM
Za medicinsku sestru $P^{MS} = P_{FD}^{MS} + P_{VD}^{MS} = 473 + 161 = 634$ KM

Tabela 7: Pregled plata članova tima koji ima 2.000 registrovanih pacijenata:

	Fiksni dio plate	Varijabilni dio plate	Ukupno plata
Ugovorni porodični doktor	587	789	1.376
Patronažna medicinska sestra	395	430	825
Porodična medicinska sestra	473	215	688
		1.434	2.889

Tabela 8: Pregled plata članova tima koji ima 1.500 registrovanih pacijenata:

	Fiksni dio plate	Varijabilni dio plate	Ukupno plata
Izabrani porodični doktor	587	592	1.179
Patronažna medicinska sestra	395	323	718
Porodična medicinska sestra	473	161	634
		1.076	2.531

Tabela 9: Pregled plata članova tima koji ima 2.500 registrovanih pacijenata:

	Fiksni dio plate	Varijabilni dio plate	Ukupno plata
Izabrani porodični doktor	587	986	1.573
Patronažna medicinska sestra	395	538	933
Porodična medicinska sestra	473	269	742
		1.793	3.248

Ovakav način plaćanja treba da stimuliše doktora da svojim odnosom prema pacijentima obezbijedi sebi najoptimalnije prihode po osnovu kapitacije, te da vodi računa o svim troškovima poslovanja ambulante, kao i o radu medicinskih sestara.

Ovakav način nagrađivanja doktora tjera da razmišlja o svakoj stavci u troškovima, ali i o unapređenju kvaliteta pruženih usluga (da bi zadržao postojeće i pridobio nove pacijente).

Pored ove plate, doktor ostvaruje i prihode po osnovu nagradnih plaćanja (na kraju godine) i plaćanja po usluzi. Nagradna plaćanja dolaze ukoliko doktor provodi dobru referalnu i propisivačku praksu, te tako ostvaruje uštede u drugim segmentima zdravstvene zaštite.

Potrebno je obezbijediti da zdravstveni novac koji kroz kapitaciju prati pacijenta dođe do davaoca usluga (ugovornog liječnika) bez obzira na to da li je on zaposlen u javnoj ustanovi ili je nosilac privatne prakse.

2.7.4. Nagradna plaćanja i penali

Rad tima porodične medicine u početnoj fazi košta više nego dosadašnji rad tima opće medicine; međutim, osnovni koncept isplativosti i ušteda koje ostvaruje porodična medicina zasniva se na modelu "vratara", tj. na uštedama na višim nivoima zdravstvene zaštite, koji su neuporedivo skuplji. Rješavajući veći dio zdravstvenih potreba stanovništva, posjedujući odgovarajuće zdravstvene informacije o svojim korisnicima i, prije svega, radeći na prevenciji i ranom otkrivanju oboljenja, porodični liječnik smanjuje potrebu za višim nivoima zdravstvene zaštite, kao i potrebu za nepotrebnom dijagnostikom.

Iako su korisnici određenih usluga u okviru zdravstvene zaštite osigurana lica, stvarnu odluku o potrebi za tim uslugma određuje porodični doktor. To se posebno odnosi na propisivanje lijekova na recept, kao i upućivanje na laboratorijsku dijagnostiku i specijalističke preglede.

U situaciji kada neko drugi plaća tako nastale troškove, doktori se ponašaju dosta neracionalno i rijetko vode računa o opravdanim potrebama za ovakvim uslugama.

Da bi se na ovom planu postigli bolji rezultati, neophodno je izgraditi mehanizme za stimuliranje ugovornih porodičnih doktora za efektivan i efikasan rad, kroz razvoj i uspostavljanje nagradnih plaćanja i penala.

Potrošnja za lijekove na recept

Ugovorni porodični doktor bi trebao biti obavezan provoditi racionalnu politiku propisivanja lijekova, u skladu sa zakonom i aktima Zavoda. Planom Zavoda zdravstvenog osiguranja, određuje se iznos opredijeljenih sredstava za lijekove na recept. U skladu s tim, opredjeljuje

se određeni iznos u skladu sa brojem i starosnom strukturom osiguranih lica.

Ukoliko su troškovi lijekova koje propisivanjem napravi izabrani porodični doktor na recept na teret sredstava Zavoda niži od planirane godišnje potrošnje, ugovornom porodičnom doktoru se obezbjeđuje nagradno plaćanje, i to tako što će mu na kraju godine biti isplaćen iznos koji je 20% od ostvarene uštede.

Ukoliko ovi troškovi prelaze definisanu potrošnju, 10% prekoračenja pada na teret ugovornog porodičnog doktora.

Predloženi procenti se mogu odrediti i u drugačijim vrijednostima, ali je bitno dati prednost nagradi nad kaznom. Takođe treba voditi računa da ovi procenti ne budu previsoki, kako ne bi bili poticaj doktorima da ostvare uštede ili izbjegnu penale na štetu pacijenta.

Potrošnja za laboratorijsku dijagnostiku

Laboratorijska dijagnostika primarnog nivoa obavlja se u laboratoriju doma zdravlja, a dijelom i u samoj ambulanti. Odluku o potrebi slanja pacijenta na ovu dijagnostiku donosi izabrani porodični doktor. Postojeća praksa pokazuje da se ovaj oblik dijagnostike koristi krajnje neracionalno. Kako bi stimulisali doktore da, prije pisanja uputnice u laboratorij, promisle o stvarnoj potrebi za tim, bilo bi korisno da izabrani porodični doktor bude djelimični *fund-holder* za laboratorijsku dijagnostiku primarnog nivoa.

Dom zdravlja bi i dalje dobijao sredstva za laboratorijsku dijagnostiku, ali bi pratio troškove koje ”proizvodi” svaki ugovorni doktor. Ukoliko bi ugovorni doktor ”potrošio” više od opredijeljenih sredstava plaćao bi 10% iznosa prekoračenja. Ukoliko bi ugovorni doktor ”potrošio” manje sredstava dobijao bi kao nagradu 20% ”ušteđenog” iznosa.

Na ovaj način se može opravdano očekivati da ugovorni doktor racionalno koristi laboratorijsku dijagnostiku, naravno bez ugrožavanja potreba svojih pacijenata.

Upućivanje specijalisti

Ugovorni porodični doktor treba da rješava veći dio zdravstvenih potreba svojih pacijenata, a za stanja koja ne može razlučiti, konsultuje određene specijaliste, šaljući im pacijente.

Koliko će porodični doktor pacijenata slati na konsultacije kod specijalista zavisi od morbiditeta, ali i navika i zahtijeva njegovih pacijenata i dostupnosti pojedinih specijalista. Međutim, stepen slanja specijalisti će najviše zavisiti od umiješnosti i posvećenosti porodičnog doktora da sam rješava zdravstvene potrebe svojih pacijenata. Da bi porodični doktor bio zainteresovan za takav rad, neophodno je da za to ima i motiv.

Preventivno-promotivni rad

Nesporno je da uporno, konzistentno i kontinuirano provođenje preventivno-promotivnih aktivnosti daje dobre zdravstvene rezultate. A ako se to provodi u većoj mjeri na nivou primarne zdravstvene zaštite, a naročito porodične medicine, onda je ovakvo djelovanje i ekonomičnije. Cijeneći ovaj aspekt, po važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite, tim porodične medicine je obavezan utrošiti (investirati) 40% radnog vremena za preventivno-promotivne aktivnosti. Britanska iskustva su pokazala jako pozitivnim uključivanje posebne odredbe u ugovor porodičnog doktora o obavezi provođenja preventivno-promotivnih aktivnosti. Ovo omogućava evaluaciju promotivnih aktivnosti, i to kako sa kliničkog, tako i sa ekonomskog aspekta.

Postojeća zakonska regulativa obavezuje zdravstvene ustanove (pa i porodičnog doktora) da učestvuje u statističkim istraživanjima od interesa za Federaciju BiH, što podrazumijeva dostavljanje tromjesečnih i godišnjih izvještaja o radu i kretanju oboljenja. Uključivanje ovako pobrojanih aktivnosti u ugovor porodičnog liječnika značilo bi obavezu izvještavanja o svakoj od usluga. Kako ne bi došlo do opterećivanja doktora duplim izvještavanjem, moguće je primijeniti novi jedinstveni izvještajni obrazac za porodičnu medicinu, koji bi sadržavao sve elemente koje sadrži redovan statistički izvještajni obrazac, ali uz proširenje nekim novim preventivnim uslugama. Gore pobrojane usluge bi se mogle grupisati tako da izvještajni obrazac ne bude preobiman. Kasnije se iz ovakvog izvještaja može izraditi izvještajni obrazac redovne zdravstvene statistike.

Ugovor bi morao definisati obavezu izvršenja usluga iz programa rada, što obuhvata i usluge preventive. Kad su u pitanju usluge liječenja, njih će tim izvršiti u onolikom broju koliko to pacijenti traže. Međutim, pacijenti gotovo nikad ne traže preventivno-promotivne usluge, tako da bez precizno definisanih obaveza i sankcija za neispunjavanje tih obaveza, moglo bi se desiti da timovi porodične medicine zapostave ove aktivnosti. To se može izbjeći na razne načine; jedan od načina je ugradnja u ugovor sankcija za neispunjavanje plana kad su u pitanju preventivno-promotivne aktivnosti. U tom smislu bi se trebalo precizirati koji stepen neispunjenja obaveza povlači koje sankcije. Plaćanje preventivno-promotivnih usluga vršilo bi se po usluzi pri čemu se, u smislu kontrole troškova, definiše maksimalan iznos sredstva koja se mogu dobiti za ove aktivnosti. Broj izvršenih pojedinačnih usluga iz programa rada tima prodične medicine bi mogao varirati za 10-15%, ali bi ukupna suma novca za ove namjene bila limitirana. Ovaj iznos bi se izdvojio iz ukupnih sredstava dobijenih na osnovu kapitacije**.**

Razvoj indikatora za praćenje

U cilju praćenja preventivno-promotivnog rada, u narednom periodu će se primijeniti određeni set indikatora čiju primjenu treba testirati.

Predloženi set indikatora na ovom planu podrazumijeva i uvođenje još nekih metoda plaćanja. Tako će za određene preventivne usluge biti plaćeno po usluzi (određeni iznos za svaku uslugu), s obzirom da od strane pacijenata ne očekujemo zahtjeve za ovim uslugama, pa bi se moglo destiti da ih tim i ne realizuje. Druge usluge iz oblasti prevencije i promocije zravlja će biti obuhvaćene nagradnim plaćanjem, koje će se obaviti na kraju godine, ukoliko tim ispuni zadate paramere.

Tabela 10 : Indikatori za nagradno plaćanje za preventivno-promotivni rad :

Indikator		**Poželjan rezultat praćenja u prva tri mjeseca**	**Poželjan rezultat praćenja nakon 6 mjeseci**	**Poželjan rezultat praćenja nakon 12 mjeseci**	**Nagradn plaćanje (KM)**
Procenat osoba starijih od 25 godina koje trenutno puše	RAD	Registrovan pušački status u kartonu kod 30%	Registrovan pušački status u kartonu kod 60%	Reg.pušač. status u kartonu kod 90%	20
	ISHOD			Smanjen procenat pušača za 5%	15
Procenat žena u trudnoći koje puše	RAD	Registrovan pušački status u kartonu kod 50%	Registrovan pušački status u kartonu kod 80%	Reg.pušač. status u kartonu kod 100%	20
	ISHOD			Smanjen procenat pušača za 20%	15
Procenat osoba starijih od 20 godina koje imaju BMI 20% iznad optimalnog	RAD	Evidentiran BMI u kartonu kod 20%	Evidentiran BMI u kartonu kod 40%	Evidentiran BMI u kartonu kod 90%	15
	ISHOD			Smanjen procenat sa BMI preko poželjnog za 10%	20
Procenat žena starijih od 50 godina kod kojih je urađena mamografija u zadnjih 2 godine	RAD	Evidentirano savjetovanje za mamografski pregled kod 20%	Evidentirano savjetovanje za mamografski pregled kod 50%	Evidentirano savjetovanje za mamografski pregled kod 80%	10
	ISHOD	Evidentiran nalaz mamografskog pregleda kod 0%	Evidentiran nalaz mamografskog pregleda kod 10%	Evidentiran nalaz mamografskog pregleda kod 30%	15
Procenat osoba starjih od 50 godina kod kojih je urađen Test okultnog krvarenja u zadnjih 5 godina	RAD	Evidentirano savjetovanje za Hemokult kod 10%	Evidentirano savjetovanje za Hemokult kod 30%	Evidentirano savjetovanje za Hemokult kod 50%	30
	ISHOD	Evidentiran nalaz Hemokulta kod 0%	Evidentiran nalaz Hemokulta kod 5%	Evidentiran nalaz Hemokulta kod 10%	20

Procenat žena starijih od 18 godina kod kojih je urađen PAP-test u zadnjih 3 godine	RAD	Evidentirano savjetovanje za PAP-test kod 20%	Evidentirano savjetovanje za PAP-test kod 40%	Evidentirano savjetovanje za PAP-test kod 60%	40
	ISHOD	Evidentiran nalaz PAP-testa kod 0%	Evidentiran nalaz PAP-testa kod 10%	Evidentiran nalaz PAP-testa kod 20%	20

Procenti navedeni u prethodnoj tabeli dati su samo kao orijentir, a mogu se definisati i u drugim vrijednostima. Navedeni primjer razdvaja *output* (usluge) i *outcome* (ishod). Koliko je bitno da se obavi savjetovanje pacijenata, još bitnije je da to savjetovanje da određeni rezultat. Dakle, doktori trebaju biti stimulisani za pružanje usluga preventive (savjetovanje), ali i da te usluge budu takvog kvaliteta da proizvedu željeno ponašanje pacijenata.

Ono što je bitno za ovakav način poticanja doktora na određeno ponašanje u oblasti preventive i promocije zdravlja, jeste da su sve vrijednosti poznate unaprijed.

Kad je u pitanju praćenje referalne prakse (praksa upućivanja specijalisti u laboratorij i u bolnicu), definisan je set indikatora uz pomoć kojih će se odrediti iznos nagradnog plaćanja za dobru referalnu praksu.

Tabela 11: Indikatori za nagradno plaćanje kod dobre referalne prakse:

Indikator	Ciljna vrijednost	Nagradno plaćanje
Broj uputnica specijalisti na 100 kontakata sa pacijentom	10% ispod prosjeka	Svaki procenat ispod ciljne vrijednosti plaća se 50 KM
Broj uputnica u laboratorij na 100 kontakata sa pacijentom	10% ispod prosjeka	Svaki procenat ispod ciljne vrijednosti plaća se 50 KM
Broj uputnica u bolnicu na 100 kontakata sa pacijentom	10% ispod prosjeka	Svaki procenat ispod ciljne vrijednosti plaća se 50 KM

3. Metodologija monitoringa

Da bi se pomoglo onima koji donose odluke na svim nivoima, da bi se pratili i ocijenili rezultati provođenja ugovora, kao i da bi se omogućilo izvlačenje pouke iz implementacije ovog pilot projekta – njegov sastavni dio je elaboriranje metodologije praćenja. Cilj ovoga poglavlja je prvenstveno da pruži osnovu za primjenu jedinstvenog mjerila za procjenu rezultata implementiranja ovog pilot-projekta, i drugo – da pruži teoretski okvir za praćenje koje je već razvijeno i primijenjeno u projektu.

Za sve učesnike u procesu obezbjeđenja i pružanja zdravstvene zaštite praćenje rada je preduvjet za poboljšanje rada i dokumentiranje svrsishodne i fokusirane upotrebe doprinosa osiguranih lica. Dalje, praćenje rada je neophodno za dokumentiranje činjenice da sve stranke uzimaju potrebe stanovništva/pacijenata zaozbiljno kad prave nove zakonske inicijative i planiraju kontakt između pacijenta i doktora.

U tom pogledu, sektor primarne zdravstvene zaštite ima posebno važnu ulogu, jer je porodični doktor «prozor» zdravstvenog sektora ka javnosti. Porodični doktor je pacijentov prvi kontakt sa zdravstvenim sistemom, on je najbliži stanovništvu i može se smatrati dijelom lokalnog života, a ujedno je i ulaz u zdravstveni sistem, ili «nadzornik» za ostale dijelove sistema zdravstvene zaštite.

Praćenje i analiza je tehnika kojom se stiče znanje o radu sistema zdravstvene zaštite. Kao tehnika finansijskog menadžmenta, praćenje i analiza rada pomažu da se dobiju potrebni podaci za donošenje boljih odluka. Za političare i administratore praćenje rada je jako važno za uspostavljanje i dorađivanje inicijativa i pružanje informacija doktorima, što će omogućiti bolje, usmjerenije i optimalnije usluge svim pacijentima kad su u pitanju troškovi.

Na osnovu prethodno pomenutog, očigledno je da praćenje nije prikupljanje podataka o porodičnom doktoru jednom zauvijek, nego proces koji se ponavlja i u kojem je fokus na analizi, distribuciji rezultata i predlaganju korektivnih radnji.

Praćenje rada se kao strateško sredstvo menadžmenta koje se ponavlja može definirati kao formalizirani sistem za dobijanje informacija o radu sistema zdravstvene zaštite – za provođenje analiza, za širenje rezultata i identificiranje indirektnih mjera uz pomoć kojih će doktor vidjeti interes u promjeni ponašanja u pravcu koji će mati pozitivan utjecaj na cijeli sistem.

Praćenje rada se sastoji od sljedećih elemenata:

- Definiranje mjerila rada;
- Sakupljanje podataka;
- Analize;
- Povratak informacija;
- Donošenje odluka.

3.1. Kvalitet zdravstvene zaštite

Ugovori uključuju mjere koje će omogućavati praćenje kvaliteta usluga. Ove mjere će ovisiti od vrste institucija i od vremena, ali bi trebali biti u skladu sa sljedećim principima:

Usluge se pružaju na najvišem mogućem medicinskom i profesionalnom nivou

Mjeri se na sljedeći način:
- Zdravstvene usluge pruža samo akreditirano medicinsko osoblje ili lica koja se u skladu sa zakonom usavršavaju za to;
- Stopa ponovnog prijema ispod (3%);
- Stopa ponovnog rada ispod (1%).

Usluge se pružaju s fokusom na potrebe jednog pacijenta

Mjeri se na sljedeći način:
- Minimalno 95% svih pacijenata su zadovoljni uslugom (obavezna anketa zadovoljstva svih pacijenata);
- Manje od 1% pacijenata piše zvanične žalbe.

Pacijent se liječi sa što je moguće manje prekida i praznog hoda u svakodnevnom životu

Mjeri se na sljedeći način:
- Čekanje na ambulantnu njegu je kraće od pola sata;
- Usluge se pružaju na najnižem nivou zdravstvene zaštite koja je medicinski primjenjiva (po redu prioriteta: primarna, specijalistička zdravstvena zaštita, bolnička i ambulantna).

Pacijenti doživljavaju zdravstveni sektor kao mjesto gdje se s razumijevanjem podržava njihov slučaj – počev od dijagnostike, pa dok se osoba ne vrati u normalan život

Mjeri se na sljedeći način:
- Svaki nivo zdravstvene zaštite (primarne, specijalističke, ambulantne i bolničke) prebacuje medicinske podatke da bi se izbjeglo ponavljanje pregleda, dijagnostike i liječenja, te da bi liječenje bilo pravovremeno (otpusni list);
- Institucija koja otpušta kontaktira socijalne i druge organe da bi se pacijent vratio kući što je prije moguće s medicinskog aspekta.

3.2. Utvrđivanje pokazatelja rada s ciljem praćenja implementacije ugovora

Pored prethodno pomenutog, važno je prilikom određivanja pokazatelja rada s ciljem praćenja implementacije ugovora zaključenih s porodičnim doktorima uzeti u obzir sljedećih nekoliko stvari:

- Pokazatelji bi se trebali odnositi na značajan aspekt rada;
- Pokazatelji bi trebali predstavljati nešto što može imati utjecaja na ponašanje sistema (moraju biti važni za sve aktere – PD, ZZO, političare i javnost);
- Pokazatelji moraju biti mjerljivi – ne treba gubiti vrijeme sa stvarima koje se ne mogu mjeriti;
- Pokazatelji se mogu zasnivati na inputima, outputima, ishodima (input je najlakše mjeriti, ali nije toliko u vezi s krajnjom svrhom pružanja zdravstvene zaštite);
- Pokazatelji bi trebalo da budu u vezi sa svrhom aktivnosti;
- Mjerenje rada obično ima veze s nekim ili svim navedenim karakteristikama:

    - Kvalitet
    - Kapacitet (iskorištenost kapaciteta)
    - Produktivnost
    - Efikasnost
    - Ekonomija (cijena / trošak / potrošnja)
    - Prijelazni faktori.

Na osnovu gore navedenog, preporučuje se da se redovno prate sljedeća obilježja kad je u pitanju porodični doktor:

Podaci o kapacitetu:

- Broj uslovnih radnih sati (čovjek-sat) po timu mjesečno (dvije osobe rade jedan sat = 2 uslovna sata)
- Broj liječnika koji rade puno radno vrijeme
- Broj medicinskih sestara koje rade puno radno vrijeme
- Broj timova
- Broj stanovnika u području koje pripada porodičnom doktoru

Podaci u vezi s mjerenjem proizvodnje i produktivnosti

- Broj registriranih pacijenata
- Broj pacijenata koji posjećuju porodičnog doktora
- Broj telefonskih konsultacija
- Broj kućnih posjeta
- Dijagnoze za pacijente (ICD-10 – trebale bi se dobiti iz IS-a)

Podaci u vezi s mjerenjem efikasnosti

- Broj planiranih kontakata s pacijentima
- Broj imunizacija
- Broj pacijenata upućenih u bolnicu
- Broj pacijenata upućenih specijalisti
- Broj pacijenata upućenih u laboratoriju
- Broj pacijenata upućenih na rendgensko snimanje
- Broj recepata
- Cijena recepta

Kvalitet

- Broj pacijenata otpuštenih s otpusnim listom za porodičnog doktora
- Broj pacijenata upućenih s uputnicom u bolnicu ili specijalisti
- Četiri puta godišnje porodični doktor bi trebao provesti anketu među svim pacijentima koji dolaze u ordinaciju (u toku npr. 3 dana – isti dani za sve PD/OL), na osnovu koje bi trebalo dobiti sljedeće:
  - Prosječno vrijeme čekanja
  - Zadovoljstvo pacijenata (profesionalno liječenje, uključenost pacijenata i fizičko stanje)
- Broj zvaničnih pismenih žalbi (trebalo bi ih dobiti iz drugih izvora)

Ekonomija

- Pregled ekonomije koji upoređuje budžet, promjene unutar budžeta, realizaciju budžetske godine i očekivani rezultat na kraju godine na nivou glavnih stavki u budžetu.
- Status duga

Prikupljanje podataka

Praćenje rada je trajna aktivnost čija je svrha donošenje odluka i primjena korektivnih mjera prije nego što manje stvari postanu veliki problem. Trebalo bi razmotriti četiri glavne stvari u pogledu procedure prikupljanja podataka:

- Ona bi trebala biti jednostavna;
- Ne bi trebalo da bude skupa;
- Trebala bi dati što je moguće stvarniju i noviju sliku;
- Podaci bi trebali biti vjerodostojni (nekoliko grešaka i procedura za vjerodostojnost).

Najjednostavniji način da se ispune ovi uslovi je da se elektronski pošalju obrasci za praćenje, te da se traži da se oni popune i vrate također elektronski. Nije stvar u tome da li će se to poslati e-mailom, važno je to da su podaci otkucani i zabilježeni jednom zauvijek (da bi se izbjegle greške prilikom prepisivanja podataka s papira na kompjuter i da bi se uštedilo vrijeme). Zato je preporučljivo da se koristi jednostavna excel-stranica da se naprave formulari, da se osigura da formular bude jednoobrazan, da se pošalju elektronski (npr. putem e-maila) i da se sakupe elektronski. Prikupljanje podataka od jednog porodičnog doktora i statistička analiza može na taj način biti standardizirana i gotovo automatski napravljena.

3.3. Prelazno praćenje

Da bi se ocijenili efekti implementacije ugovora u ordinaciji, preporučljivo je, pored redovnog praćenja, dobiti sljedeće informacije:

Nakon tri mjeseca:

- Podaci o članovima tima , radnom vremenu, kućnim posjetama, obimu rada;
- Putpuna demografska analiza pacijenata (zasnovana na anketi);
- Sačiniti plan preventivnih pregleda za rizične grupe stanovništva;
- Godišnji pregled svih pacijenata starosti preko 70 godina ;
- Ciljani pregledi (dijabetes i hipertenizija) svih pacijenata starosti preko 50 godina;
- Praćenje razvoja djece i plan imunizacije ;
- Sačiniti plan preventivno-promotivnih aktivnosti u zajednici (škola, vrtić, lokalna zajednica).

Nakon šest mjeseci:

- Pregled pacijenata starosti preko 70 godina starosti (izvještaj o broju pregledanih i onih koje treba pregledati);
- Ciljani pregledi pacijenata starosti preko 50 godina zbog dijabetesa ili hipertenzije (izvještaj o broju pregledanih, onih koje treba pregledati i pozitivnih slučajeva);
- Aktivnosti na promoviranju zdravlja (izvještaj o vrsti aktivnosti, mjestu, broju učesnika, prijemu kod učesnika);
- Analiza propisivačke prakse (ZZO će nadgledati propisivačku praksu: rezultate rada porodične medicine za prva tri mjeseca ipak ne bi trebalo smatrati pouzdanim jer je timu potrebno vremena da se organizuje. Jako je važno da ZZO informira DZ, odnosno ugovornog porodičnog doktora o situaciji u vezi s propisivačkom praksom, tako da doktor može upotrijebiti te informacije u kliničkoj reviziji);
- Razvoj kliničke revizije (porodični doktori trebaju započeti proces uspostavljanja okvira kliničke revizije).

Nakon jedne godine

- Izvještaj ZZO-a preko domova zdravlja o napretku plana za prva tri mjeseca, gdje doktor predstavlja analizu postignutih rezultata (pregled pacijenata starosti preko 70 i ciljani pregledi radi dijabetesa i hipertenzije pacijenata starosti preko 50 godina).
- Mjesečno izvještavanje bi trebalo biti definirano i u funkciji.
- Promoviranje zdravlja bi trebalo da ima svoje mjesto u radu tima, što bi se moglo vidjeti u izvještajima o promoviranju zdravlja u prvoj godini, s detaljnim informacijama o vrsti aktivnosti, ciljanoj grupi, šemi organizacije. Plan preventivno-promotivnih aktivnosti bi također trebalo praviti za narednu godinu;
- Klinička revizija. S tim u vezi, od doktora se ne očekuje da razvije mehanizme kliničke revizije, niti da predstavi cijeli izvještaj, ali po završetku prve godine, doktor bi trebao napraviti izvještaj o uspostavljanju mehanizama kliničkog izvještavanja;
- Registracija pacijenata podrazumijeva da je doktor upoznat sa svojim stanovništvom. Bilo bi dobro povećati informacije prema pacijentima, posebno zato što bi oni trebali biti u stanju da biraju svog doktora. U ovom periodu mehanizmi nošenja s teškim i problematičnim pacijentima i porodicama bi već trebalo da postoje. Ovi slučajevi bi se analizirali, a jedno od rješenja bi mogla biti «rotacija» takvih pacijenata od jednog do drugog doktora, tako da svi budu jednako opterećeni ovim problemom;
- Pregovaranja oko novih ugovora bi bila važna na kraju prve godine rada; od velike je važnosti da se u ovoj fazi uključi i Liječnička komora.

Planiranje aktivnosti tima PM

Radi lakše realizacije, kao i lakšeg praćenja potrebno je naredni period podijeliti na manja vremenska razdoblja (npr. po tri mjeseca), te planirane ciljeve definisati za svaki od tih perioda.

Kvantitativni indikatori:

- broj upućenih pacijenata u bolnicu prema broju kontakata sa pacijentima
- broj dana hospitalizacije za upućene pacijente
- broj upućenih pacijenata na specijalističke konsultacije prema broju kontakata sa pacijentima
- broj upućenih pacijenata na laboratorijsku i drugu dijagnostiku prema broju kontakata sa pacijentima
- broj kontakata sa pacijentima prema broju opredijeljenih pacijenata
- udio kućnih posjeta u ukupnom broju kontakata sa pacijentima
- broj kontakata sa pacijentima po timu dnevno

Kvalitativni indikatori:

- pokazatelji zadovoljstva pacijenata
- pokazatelji zadovoljstva osoblja
- definisane procedure kod prigovora na rad i postupke osoblja

Finansijski pokazatelji rada tima PM:

- potrošnja za lijekove na recept
- korištenje specijalističkih konsultacija
- korištenje bolničkih kapaciteta
- korištenje laboratorijske i rtg-dijagnostike

Pojačati ulogu "vratara"

- promjene u broju upućenih pacijanata
- promjene u broju pregleda
- sposobnost kompletiranja tretmana (manja zavisnost od specijalista)

Praćenje troškova

- troškovi tretmana u porodičnoj medicini, domu zdravlja, bolnici te tretman izvan kantona
- promjene u troškovima između glavnih troškovnih grupa
- propisivanje lijekova

Dostupnost

- Broj kontakata sa pacijentom u porodičnoj medicini i domu zdravlja, i to izražen u odnosu na broj registrivanih pacijenata
- Upoređivanje broja pregleda prije i nakon uvođenja porodične medicine

Produktivnost

- Broj kontakata/pregleda po timu porodične medicine i po članu tima
- Broj kućnih posjeta po timu i po članu tima
- Vrijeme po pacijentu

Iskorištenost kapaciteta

- Broj kontakata/pregleda po timu i po članu tima porodične medicine
- Broj kućnih posjeta po timu porodične medicine.

Osnovni ciljevi ovog monitoringa su:

- Identifikacija pravih problema
- Preporuke za dalju implementaciju porodične medicine

Gdje se mogu pojaviti problemi?

- Saradnja sa ZZO, DZ, bolnicom
- Saradnja sa pacijentom
- Administrativni problemi
- Klinički aspekt
- Investicione potrebe
- Neophodna oprema
- Ostalo.

4. Pravni okvir za pojedinačno ugovaranje

Zakonski okvir koji reguliše oblast porodične medicine čine federalni sistemski zakoni iz oblasti zdravstva, i to:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, broj 29/97) i
- Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 30/97, 7/02 i 70/08), kao i
- podzakonski akti donijeti na osnovu ovih zakona.

Međutim, imajući u vidu vrstu i obim zdravstvenih usluga koje pruža tim porodične medicine, odnosno obavljanje programa prevencije kod različitih dobnih grupa stanovnika, odnosno oboljelih od pojedinih bolesti – na ugovaranje zdravstvenih usluga iz oblasti porodične medicine nužno se reflektuju i drugi zakoni iz oblasti zdravstva, ali i zakoni iz srodnih oblasti. S tim u vezi, generalno, pravni okvir za ugovaranje usluga porodične medicine čine sljedeći zakoni i podzakonski akti:

Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/97);

- Pravilnik o pripravničkom stažu i stručnom ispitu zdravstvenih radnika ("Službene novine Federacije BiH", br. 25/00 i 23/01, 55/02);
- Pravilnik o specijalizaciji iz porodične medicine ("Službene novine Federacije BiH", br. 7/99, 50/00 i 22/02);
- Pravilnik o dodatnoj edukaciji iz porodične medicine («Službene novine Federacije BiH» br.1/03);
- Pravilnik o dodatnoj edukaciji polivalentnih patronažnih sestara/sestara u zajednici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 1/10);
- Pravilnik o uvjetima prostora, opreme i kadra za organiziranje depoa lijekova ("Službene novine Federacije BiH", broj 22/02);
- Pravilnik o uvjetima u pogledu prostora, opreme i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje privatne prakse u zdravstvenoj djelatnosti ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/00 i 36/01);
- Pravilnik o postupku i načinu rada liječničkog konizilijuma ("Službene novine Federacije BiH", broj 41/99);
- Pravilnik o načinu pregleda umrlih i načinu utvrđivanja vremena i uzroka smrti ("Službene novine Federacije BiH", broj 15/00).

Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97, 7/02 i 70/08):

- Uputstvo o sadržaju i obliku zdravstvene legitimacije ("Službene novine Federacije BiH", broj 11/00);

- Uputstvo o načinu prijave i odjave osiguranih lica na obavezno zdravstveno osiguranje ("Službene novine Federacije BiH", br. 11/00 i 1/03);
- Pravilnik o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", broj 31/02);
- Pravilnik o obračunu sredstava u zdravstvu («Službene novine Federacije BiH», br. 26/03 i 43/04);
- Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", br. 5/03, 18/04 i 57/07);
- Naredba o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu apotekarske djelatnosti («Službene novine Federacije BiH», broj 36/05).

Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/05):

- Pravilnik o uslovima i načinu obavljanja obavezne imunizacije, imunoprofilakse i hemoprofilakse protiv zaraznih bolesti, te o licima koja se podvrgavaju toj obavezi („Službene novine Federacije BiH“, broj 22/07);
- Naredba o programu obveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti (donosi se za svaku kalendarsku godinu);
- Pravilnik o načinu obavljanja zdravstvenih pregleda osoba pod zdravstvenim nadzorom (Službene novine Federacije BiH“, broj 20/08).

Zakon o zaštiti lica s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", br. 37/01 i 40/02):

- Pravilnik o organizaciji i radu komisija za zaštitu lica s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", broj 53/01);
- Uputstvo o sadržaju obrazaca u provedbi Zakona o zaštiti lica s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", broj 53/01).

Zakon o lijekovima ("Službene novine Federacije BiH", broj 51/01 i 29/05) /Napomena: saglasno članu 141. stav 2. Zakona o lijekovima i medicinskim sredstvima (“Službeni glasnik BiH”, broj 58/08), ostaju u primjeni podzakonski federalni propisi iz ove oblasti, a koji nisu u suprotnosti sa državnim Zakonom, i to do donošenja podzakonskih akata na osnovu državnog Zakona:

- Odluka o Listi esencijalnih lijekova neophodnih za osiguranje zdravstvene zaštite u okviru standarda obaveznog zdravstvenog

osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br. 52/08, 81/08 i 86/08);
- Pravilnik o ispunjavanju uvjeta prostora, opreme i kadra za čuvanje lijekova u zdravstvenim ustanovama («Službene novine Federacije BiH», broj 38/03);
- Pravilnik o propisivanju i izdavanju lijekova ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/08).

Saglasno Zakonu o lijekovima i medicinskim sredstvima, donijeta su dva podzakonska akta koji su bitni i kod pružanja zdravstvenih usluga porodične medicine, i to kako slijedi:

- Pravilnik o načinu prijavljivanja i praćenja neželjenih djelovanja lijeka i medicinskih sredstava ("Službeni glasnik BiH", broj 97/09);
- Pravilnik o medicinskim sredstvima ("Službeni glasnik BiH", broj 4/10)./

Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH", broj 59/05):

- AGREE instrument za razvoj i evaluaciju kliničkih vodilja, kao sporazumni ulazak u evropsku suradnju u ovoj oblasti, 19.07.2003. godine (www.agreecollaboration.org);
- Priručnik za razvoj, implementaciju i evaluaciju vodilja za kliničku praksu, AKAZ, juli 2003. godine;
- Razvijeni i revidirani akreditacijski standardi za domove zdravlja, bolnice i timove porodične medicine kroz dugogodišnji iterativni proces;
- Tehnički priručnik za metode poboljšanja kvaliteta zasnovane na zdravstvenoj zaštiti davalaca usluga, AKAZ, maj 2003. (tražen tzv. «metodološki naputak»);
- Plan i program edukacije i obuke za kvalitetu i sigurnost zdravstvenih usluga, AKAZ, maj 2003. godine;
- Principi upravljanja rizikom u zdravstvenim ustanovama, AKAZ, juni 2003. godine;
- Priručnik za koordinatore kvaliteta;
- Priručnik za unutarnje ocjenjivače;
- Priručnik za vanjske ocjenjivače;
- Politike i procedure AKAZ-a za vanjsku ocjenu i odlučivanje u pogledu akreditacije;
- Mnoštvo dokumenata o podizanju unutarnjeg sistema kvalitete, nastalih kroz CARDS projekt: klinička revizija, indikatori kvalitete, kliničke vodilje, sistem žalbi, prijavljivanje incidentnih situacija, upitnici o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata, napisane strategije, politike i procedure, itd.

Zakon o evidencijama iz oblasti zdravstva (“Službeni list RBiH”, br.2/92 i 13/94)

Zakon o sprječavanju i suzbijanju zloupotrebe opojnih droga (“Službeni glasnik BiH”, broj 8/06)

U g o v o r i:

- Kolektivni o pravima i obvezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva («Službene novine Federacije BiH», broj 61/07).

- Opći kolektivni ugovor za teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, broj 54/05).

Iskustva i rezultati implementiranih projekata iz oblasti zdravstva, i to:

- Projekat „Osnovno zdravstvo”
- Projekat „SITAP”
- CARDS - Projekat podrške reformi zdravstvene zaštite u BiH
- Projekat funkcionalnog pregleda sektora zdravstva u Bosni i Hercegovini
- Projekat "Jačanje socijalne kohezije kroz razvoj mentalnog zdravlja u zajednici"
- Projekti "Zdrava hrana", "Zdrava krv", "Tobaco Project"
- Projekat unaprjeđenja porodične medicine
- Projekat „Jačanje zdfravstvenog sektora” (HSEP).

Ostali zakoni:

- Zakon o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik BiH“, br. 49/04, 19/05, 52/05, 8/06 i 24/06).

4.1. Zakoni i podzakonski akti bitni za ugovaranje usluga porodične medicine

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti regulisana su neotuđiva prava građanina-pacijenta. Naime, članom 26. citiranog Zakona predviđeno je da pacijent ima pravo na:

- pristupačnu zdravstvenu uslugu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, utvrđenog u pravilima zdravstvenog osiguranja;
- naknadu štete koja mu je nanesena pružanjem neodgovarajuće zdravstvene zaštite, u slučaju dokazane stručne greške;
- slobodan izbor porodičnog liječnika, doktora medicine i doktora stomatologije;

- hitnu neodložnu medicinsku pomoć u trenutku kada mu je potrebna, tačno obavještavanje ili poduku o svim pitanjima koja se tiču njegovog zdravlja;
- odbijanje da bude predmet naučnog istraživanja ili bilo kog drugog pregleda ili medicinskog tretmana bez svoje saglasnosti;
- izbor između više mogućih oblika medicinske intervencije koje mu ponudi doktor medicine, odnosno doktor stomatologije, osim u slučaju neodložne intervencije čije bi poduzimanje ugrozilo život i zdravlje građanina i izazvalo trajna oštećenja;
- povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njegovog zdravlja;
- odbijanje pregleda i liječenja od strane doktora medicine, odnosno stomatologije zbog gubljenja povjerenja;
- odbijanje hirurške i druge medicinske intervencije, ako je pri svijesti i sposoban za rasuđivanje, ukoliko mu je liječnik ukazao na štetne posljedice za njegov život i zdravlje u slučaju odbijanja takve intervencije. Za lica koja nisu pri svijesti ili nisu sposobna za rasuđivanje, ovu saglasnost daje roditelj, staratelj, supružnik ili drugi bliži rođak, osim u slučaju da postoji opasnost za život oboljelog ili povrijeđenog, a zbog hitnosti nije moguće blagovremeno pribaviti saglasnost;
- ishranu u skladu sa svjetonazorom za vrijeme boravka u bolnici, ukoliko isto nije u suprotnosti sa propisanom medicinskom dijetom;
- obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenom prostoru, uključujući pravo opremanja u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih obreda – odvojeno po konfesijama.

Nadalje, članom 27. Zakona regulisano je da građanin ima pravo zaštite od opasnosti po zdravlje ili život izazvanih zagađivanjem životne okoline, biološkim, fizičkim ili hemijskim štetnim agensima u vodi, zraku, tlu, hrani, predmetima opće upotrebe i lijekovima, te takođe zaštitu od štetnog djelovanja jonizujućeg odnosno nejonizujućeg zračenja, buke i vibracija, kao i zaštitu od štetnog djelovanja proizvoda odobrenih za javnu upotrebu, koji zbog grešaka u izradi mogu izazvati oštećenje zdravlja. Kada se govori o uticaju okoline na zdravlje pojedinca, trebaju se imati u vidu i odredbe seta federalnih okolišnih zakona, i to:

- Zakona o upravljanju otpadom,
- Zakona o zaštiti zraka,
- Zakona o zaštiti voda,
- Zakona o zaštiti okoline,
- Zakona o zaštiti prirode ("Službene novine Federacije BiH", broj 33/03).

Jedno od najvažnijih osnovnih prava građanina-pacijenta je pravo na zdravstvenu uslugu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, te pravo pacijenta na reklamaciju kvaliteta zdravstvene usluge, kao i njegovo pravo

da pokrene postupak za formiranje liječničkog konzilija, uključujući tu i pravo na naknadu štete zbog neodgovarajuće pružene zdravstvene usluge, a u slučaju dokazane stručne greške. Zaštitu svojih prava pacijent prvo traži od direktora zdravstvene ustanove, odnosno zdravstvenog radnika koji obavlja privatnu praksu, a u slučaju negativnog odgovora garantuje mu se pravo žalbe nadležnom ministru zdravstva, u roku od 15 dana od dana prijema rješenja. Takođe, građanin-pacijent ima pravo da zaštitu svojih prava ostvari putem suda, te u tom slučaju može tražiti i naknadu štete (čl. 28, 29. i 30. Zakona).

Međutim, sva ova prava građanin-pacijent može zatražiti tek onda ako je prava na zdravstvenu zaštitu koristio saglasno zakonu i uputama o liječenju koje mu daje porodični liječnik, odnosno doktor medicine i doktor stomatologije. To podrazumijeva da je pacijent lično odgovoran ako je došlo do pogoršanja zdravlja zbog njegovog nepridržavanja ovih uputa (član 31. Zakona).

Djelatnost porodične medicine nije jasno i precizno određena *Zakonom o zdravstvenoj zaštiti*. Naime, članom 21. Zakona samo je navedeno da poslove u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, između ostalih, pruža i porodični liječnik. U djelatnosti doma zdravlja navedena je samo opća medicina (član 59.), dok je članom 60. definirana djelatnost područne ambulante koja obavlja djelatnost iz područja rada porodičnog liječnika, doktora medicine, doktora stomatologije i polivalentne patronažne medicinske sestre. Područna ambulanta može se organizovati kao dio doma zdravlja ili kao privatna praksa. Ova ambulanta može osigurati i poslove priručnog laboratorija. Osim navedene djelatnosti, područna ambulanta na području za koje je osnovana provodi mjere zdravstvenog obrazovanja i prosvjećivanja, higijensko-epidemiloške zaštite, vrši ambulanto i kućno liječenje i dijagnostiku, odnosno terapiju na nivou svoje djelatnosti, kao i zdravstvenu zaštitu usta i zuba i provodi mjere patronažnog nadzora, te vodi propisanu evidenciju i dokumentaciju.

Daljih određenja u vezi sa djelatnošću porodične medicine, načinom njenog organizovanja, bližim profiliranjem zdravstvenih kadrova koji obavljaju poslove i zadatke u timu porodične medicine – nema u *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti*.

Bliža određenja o obrazovanju zdravstvenih kadrova koja obavljaju poslove i zadatke unutar tima porodične medicine utvrđuje *Pravilnik o dodatnoj edukaciji iz porodične medicine* – koji utvrđuje sadržaj i način provođenja dodatne edukacije iz porodične medicine, uvjete koje moraju ispunjavati zdravstveni radnici koji pristupaju edukaciji (medicinske sestre, doktori medicine i doktori medicine specijalisti), odnosno zdravstvene ustanove i druge ustanove koje obavljaju edukaciju, kao i način provjere znanja. Osim toga, obrazovanje zdravstvenih kadrova unutar tima

porodične medicine obavlja se i u skladu sa *Pravilnikom o dodatnoj edukaciji polivalentnih patronažnih sestara/sestara u zajednici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Ove edukacije predstavljaju organizirani oblik teoretskog i stručno-praktičnog osposobljavanja za pružanje zdravstvenih usluga iz oblasti porodične medicine. Edukacije se obavljaju organizovano i pod nadzorom Federalnog ministarstva zdravstva. Izdati certifikati nakon uspješno okončanih edukacija i položenog završnog ispita iz porodične medicine imaju snagu javne isprave u pravnom prometu u BiH i dokaz su posjedovanja dodatnog znanja iz porodične medicine, odnosno znanja iz polivalentne partonaže, kao i znanja zdravstvene njege u zajednici.

Bliža određenja o specijalističkom usavršavanju iz oblasti porodične medicine reguliše *Pravilnik o specijalizaciji porodične medicine*. Pravilnikom se reguliše trajanje, plan i program specijalizacije iz porodične medicine, uvjeti koje treba ispuniti doktor medicine za odobrenje specijalizacije iz porodične medicine, uspostava centara porodične medicine, kao i katedri za porodičnu medicinu, evaluacija znanja specijalizanata, formiranje tijela odgovornog za evaluaciju i certifikaciju specijalizacije iz porodične medicine, kao način polaganja specijalističkog ispita. Uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu iz porodične medicine ima snagu javne isprave u pravnom prometu u BiH.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju garantovano je pacijentu koji ima status osiguranika pravo na obavezno zdravstveno osiguranje – koje uključuje ostvarivanje zdravstvene zaštite kako na primarnom, tako i na bolničkom nivou zdravstvene zaštite**.** Na primarnom nivou zdravstvene zaštite poseban se akcenat daje na pravo na zdravstvene usluge iz porodične medicine. Ovim zakonom garantuje se i pravo osiguranika na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite, kao i pravo na slobodan izbor zavoda zdravstvenog osiguranja u kojem se može osigurati na prošireno zdravstveno osiguranje (član 64. Zakona). To znači da pacijent uvjetno ima pravo i na slobodan izbor porodičnog liječnika. Zašto uvjetno? Zato što je način izbora porodičnog liječnika, kao način registracije pacijenata riješen kantonalnim propisima. Također, pacijent ostvaruje prava na lijekove i ortopedska pomagala u obimu i vrsti utvrđenim pozitivnim listama lijekova kantona, kao i listama ortopedskih pomagala, koje se donose kao kantonalni propisi. Saglasno ovom zakonu, pacijent-osiguranik ima pravo i na odgovarajuće novčane naknade i pomoći, i to u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog bolesti ili povrede, zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja, izolovanog kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini; pravo na pratioca, ukoliko je upućen na liječenje ili liječnički pregled u najbliže mjesto; naknadu putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite, kao i ostale naknade i pomoći. U ostvarivanju svojih prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja pacijentu se garantuje dvostepenost, tj. pravo na žalbu u slučaju povrede njegovih prava, uključujući u ovo i naknadu štete od strane

kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja odnosno suda (čl. 42. – 76. Zakona).

Međutim, Zakon daje i odgovarajuća prava pacijenta-osiguranika da bude delegiran kao član u upravne odbore kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja (član 101. stav 2. alineja 1. *Zakona o zdravstvenom osiguranju*). Time se daje pravo pacijentu-osiguraniku da učestvuje u kreiranju i donošenju odluka iz oblasti zdravstvenog osiguranja kantona.

Djelatnost porodične medicine finansira se uglavnom iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a to su doprinosi za zdravstveno osiguranje koji se alociraju u kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja. Iako Zakon poznaje i druge izvore finansiranja zdravstvene zaštite, pa time i porodične medicine, kao što su prihodi iz budžeta, sredstva prikupljena od participacije – finansiranje usluga porodične medicine uglavnom se provodi na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Treba napomenuti da navedena prava po osnovu zdravstvenog osiguranja pacijent-osiguranik može koristiti samo u slučaju ako ima **status osiguranika**, te u slučajevima **redovnog plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje** od strane obaveznika uplate zdravstvenog osiguranja. To pravo u istom obimu i vrsti koriste i članovi porodice osiguranika. U slučaju neizvršavanja obaveze plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, Zakon daje mogućnost da se obustavi dalje korištenje zdravstvene zaštite po ovom zakonu, izuzev hitne medicinske pomoći (član 87. Zakona).

Status osiguranika i redovna uplata doprinosa za zdravstveno osiguranje = ovjerena zdravstvena knjižica = vaučer sa finasijskim pokrićem za korištenje zdravstvene zaštite.

Status zdravstvenog osiguranika bliže se reguliše *Uputstvom o sadržaju i obliku zdravstvene legitimacije*, kao i *Uputstvom o načinu prijave i odjave osiguranih lica na obavezno zdravstveno osiguranje* ("Službene novine Federacije BiH", br. 11/00 i 1/03). Prava osiguranih lica, kao i članova porodice osiguranika bliže se utvrđena *Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja*.

Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj 70/08) uvode se određene novine. Naime**,** ovim zakonom se u domaće zakonodavstvo implementira ratificirana Međunarodna konvencija o zaštiti prava djeteta, te se djeci od rođenja pa do kraja školovanja, ali najduže do navršene 26. godine života priznaje status izvornog osiguranika, ako isti taj status ne

ostvaruju kao članovi porodice osiguranika. Isto pravo je priznato i osobama starijim od 65 godina starosti, koja nisu osigurana po nekom drugom osnovu. Ove dvije kategorije su oslobođene i plaćanja participacije prilikom korištenja zdravstvene zaštite. Primjena ovog zakona trebala je otpočeti od 01.01.2009.godine, kada se očekivalo da će za ove namjene biti planirana sredstva u budžetima kantona. Zbog deficitarnosti kantonalnih budžeta, odnosno *Stand by* aranžmana BiH sa MMF-om, kao i zbog nužne implementacije *Zakona o načinu ostvarivanja ušteda u Federaciji Bosne i Hercegovine* ("Službene novine Federacije BiH", broj 50/09) koja ima negativne efekte i za sektor zdravstva, u većini kantona još nije primijenjen navedeni Zakon.

U okviru oblasti zdravstvenog osiguranja treba istaći da je Parlament Federacije BiH usvojio *Odluku o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava* i *Odluku o maksimalnim iznosima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava* ("Službene novine Federacije BiH", broj 21/09), kojima se ujednačavaju prava osiguranih lica u svim kantonima, pa i u segmentu porodične medicine. Osnovi paket zdravstvenih prava čine prava na zdravstvene usluge utvrđena članom 32. *Zakona o zdravstvenom osiguranju*, kao i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (pravo na lijekove, pravo na ortopedska pomagala, pravo na najsloženije oblike zdravstvene zaštite, posebne prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite, kao i lijekove koji se finansiraju iz sredstava federalnog fonda solidarnosti, pravo na novčane naknade za vrijeme bolovanja i sl.). Članom 13. stav 2. *Zakona o zdravstvenom osiguranju* predviđeno je da se federalni fond solidarnosti, između ostalog, obrazuje i radi stvaranja jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, što podrazumijeva da je njegova namjena i ujednačenost u implementaciji osnovnog paketa zdravstvenih prava u svim kantonima. Također, članom 82. stav 5. citiranog zakona je predviđeno da se sredstva federalnog fonda solidarnosti koriste i za osiguranje jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, što prevedeno znači – i za jednakomjerno finansiranje nedostajućeg dijela finansijskih sredstava za implementaciju osnovnog paketa zdravstvenih prava u kantonima. To podrazumijeva da se sredstvima federalnog fonda solidarnosti treba finansirati jednakomjerno osnovni paket zdravstvenih prava u svim kantonima. Takođe treba istaći da se prvi put ovim odlukama utvrđuju i prava za neosigurana lica, pa i u segmentu porodične medicine. Osim toga, u osnovnom paketu zdravstvenih prava utvrđuje se i negativna lista zdravstvenih usluga, koja se ne finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Najveći izazov u narednom periodu bit će jednakomjerno finansiranje nedostajućeg dijela sredstava za implementaciju osnovnog

paketa zdravstvenih prava u kantonu. Saglasno tački XVI *Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava*, federalni ministar zdravstva, na prijedlog zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH, donosi *Uputstvo o načinu korištenju ortopedskih i drugih pomagala*, te utvrđuje, na prijedlog stručnih komisija, stručno-medotološka uputstva za korištenje zdravstvenih usluga koje se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti. Saglasno tački XIII jedinstvenu metodologiju za ugovaranje zdravstvenih usluga utvrđuje *Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH*, po prethodno pribavljenom mišljenju zavoda zdravstvenog osiguranja kantona, kao i uz prethodnu saglasnost federalnog ministra zdravstva. U implementaciji osnovnog paketa zdravstvenih prava, obaveze kantona su utvrđene tačkom XVII *Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava* i podrazumijevaju sljedeće: usaglašavanje minimalnih osnovica i stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje za one kategorije osiguranika koje su u nadležnosti zakonodavnih tijela kantona; usaglašavanje kantonalnih odluka o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala sa navedenom Odlukom; usaglašavanje kantonalnih odluka o neposrednom učešću osiguranih lica sa *Odlukom o maksimalnim iznosima neposrednog učestvovanja osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava*; usaglašavanje pozitivnih listi lijekova kantona sa Federalnom esencijalnom listom, utvrđenom *Odlukom o Listi esencijalnih lijekova neophodnih za osiguranje zdravstvene zaštite u okviru standarda obaveznog zdravstvenog osiguranja* ("Službene novine Federacije BiH", br. 52/08, 81/08 i 86/08); osiguranje da doprinosi za zdravstveno osiguranje budu uredno plaćeni od strane svih subjekata s područja kantona zaključno sa 31.12.2008. godine.

Sistem ugovaranja zdravstvenih usluga iz osnovnog paketa zdravstvenih prava između zavoda i zdravstvenih ustanova, bez obzira na oblik vlasništva u okviru kog se odvija djelatnost zdravstvenih radnika, temeljit će se na osnovama *Zakona o zdravstvenoj zaštiti*, *Zakona o zdravstvenom osiguranju*, *Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine*, *Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu*, kao i *Jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove*. Ovo otvara prostor za veću kreativnost i slobodu ugovaranja zavoda zdravstvenog osiguranja, i to i sa javnim i privatnim zdravstvenim sektorom, pri čemu će doći do izražaja i sigurnost i kvalitet zdravstvenih usluga koje su predmetom javnih nabavki.

Sve naprijed navedeno je uvjet za ulazak u sistem osnovnog paketa zdravstvenih prava, odnosno u sistem finansiranja nedostajućeg dijela finansijskih sredstava po kantonima.

Finansijska implementacija osnovnog paketa zdravstvenih prava podrazumijeva i pronalaženje novih izvora finansiranja sektora zdravstva. Napominjemo da se sektor zdravstva, u dosadašnjem periodu uglavnom finansirao iz prihoda prikupljenih po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje, manjim dijelom iz prihoda iz budžeta Federacije, kantona, odnosno općine, iz prihoda ostvarenih od participacije, kao i iz drugih izvora. Međutim, u sistem finansiranja sektora zdravstva treba uključiti i prihode ostvarene po osnovu indirektnih poreza (porez na dodanu vrijednost - PDV i akcize); naime, PDV i akcize u izravnoj su korelaciji sa sistemom zdravstva.

S tim u vezi, pokrenuta je inicijativa prema Vijeću ministara BiH za izmjenu *Zakona o porezu na dodanu vrijednost* ("Službeni glasnik BiH", br. 9/05 i 35/05) i *Zakona o akcizama* ("Službeni glasnik BiH", br. 62/04 i 48/05).

U 2008. godini procijenjeno je da za finansiranje osnovnog paketa zdravstvenih prava na teritoriji Federacije BiH nedostaje cca 49 miliona KM, i to u uvjetima kada bi se ovaj paket finansirao samo iz sredstava doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Mora se imati u vidu činjenica da se zdravstvena zaštita koja se pruža u ugovornim zdravstvenim ustanovama i kod ugovornog privatnog zdravstvenog radnika uglavnom finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, tj. doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i prihoda od participacije. Iako Zakon poznaje i druge izvore finansiranja zdravstvene zaštite – kao što su prihodi od budžeta općine, kantona i Federacije BiH; prihodi od drugih oblika zdravstvenog osiguranja; prihodi od donacija, kamata i dr.; prihodi od izravnog plaćanja fizičkih lica – oni u praksi zapremaju veoma mali procenat. Treba podsjetiti da je sektor zdravstva u Federaciji BiH, na ime plaćanja PDV-a, od 2006. do danas izdvojio cca 250 milona KM za koje ne postoji pravni osnov za povrat. Iako su ova sredstva vraćena u bužete Federacije BiH i kantona, sektor zdravstva se nije mogao subvencionirati iz sredstava PDV-a koja su doznačena budžetima. Podsjećamo da je Parlament Federacije BiH više puta donosio zaključke prema Vladi Federacije BiH i obavezivao je da se sektor zdravstva Federacije BiH subvencionira iz sredstava PDV-a koja su doznačena budžetu Federacije odnosno kantona. Ovo su značajne rezerve na koje sektor zdravstva ostvaruje pravo, te bi povrat iz njih ka zdravstvu značajno olakšao finansiranje ne samo osnovnog paketa zdravstvenih prava, već i unapređenje poslovanja federalnog fonda solidarnosti odnosno njegovo proširivanje u obimu i vrsti zdravstvenih usluga koje pruža, kao i u listama lijekova.

Svjesni smo činjenice da u uvjetima *Stand by* aranžmana sa MMF-om budžeti Federacije, kantona i općine bilježe stalnu deficitarnost, te da je vrlo teško uvesti nove budžetske pozicije. Naravno, sve ovo može imati izravne posljedice po dostignuti obim i vrstu zdravstvene zaštite, kao i liste

lijekova i ortopedskih pomagala koji se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U narednom periodu treba nastaviti dalje aktivnosti koje se odnose na implementaciju federalnih odluka o osnovnom paketu zdravstvenih prava, te pronalaženju novih izvora finansiranja sektora zdravstva – bilo putem refundiranja troškova zdravstvenim ustanovama i zavodima zdravstvenog osiguranja uplaćenih po osnovu PDV-a iz budžetskih sredstava, odnosno usmjeravanjem dijela prihoda od PDV-a i akciza izravno u fondove zdravstvenog osiguranja. Naravno, sa svoje strane i kantoni moraju uložiti dodatan napor da ispune svoje obaveze – odnosno trebaju prestati sa praksom donošenja kantonalnih propisa iz oblasti zdravstva koji su suprotni federalnim propisima, jer se time narušava konzistentnost i jedinstvenost sistema zdravstva Federacije BiH u cjelini.

Naprijed navedene konstatacije reflektuju se i na oblast porodične medicine, te imaju izravan uticaj na dostignuti obim i vrstu, kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga porodične medicine koje se pružaju pacijentu odnosno osiguraniku.

Kada govorimo o porodičnoj medicini u kontekstu *Zakona o zdravstvenom osiguranju*, ne možemo a da ne spomenemo i f**ederalni fond solidarnosti,** kao najvažnije dostignuće u oblasti zdravstvenog osiguranja. Ovaj fond ustanovljen je 2002. godine *Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju*, pri *Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH*, i to u okviru implementacije tzv. Drugog kredita za strukturalno prilagođavanje javnih finansija. Ovaj fond puni se sredstvima prikupljenim po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje i sredstvima federalnog budžeta (nejednako izdvajanje sredstava po ova dva izvora). Sa aspekta porodične medicine bitno je istaći da se sredstvima federalnog fonda solidarnosti finansiraju odgovarajući preventivni programi, a koji se implementiraju na nivou tima porodične medicine, i to:

- Program imunizacija stanovništa protiv zaraznih bolesti u Federaciji, koji uključuje i nabavku vakcina za provođenje ovoga programa;
- Program nabavke traka i aparata za kontrolu dijabetesa kod djece;
- Program prevencije faktora rizika u timovima porodične medicine ili liječnika opće prakse, za registrovane pacijente, kojim bi se prevenirali najčešći riziko-faktori, sa posebnim akcentom na riziko-faktore kod uzročnika kardiovaskularnih bolesti;
- Prevencija i rano otkrivanje karcinoma dojke;
- Prevencija i rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma;
- Prevencija hepatitisa B i C;
- Prevencija i rano otkrivanje karcinoma bronhija.

Osim navedenog, bitno je istaći da je na osnovu *Zakona o zdravstvenom osiguranju* donijeta i **Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja** koja reguliše, između ostalog, standarde i normative i u porodičnoj medicini. Naime, djelatnost porodične medicine osigurava jedan radni tim na 1500-2500 korisnika, i to za kompletno stanovništvo. Za stanovništvo koje je obuhvaćeno porodičnom medicinom prestaju djelovati slijedeće službe: opća medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita školske djece i omladine, patronažna služba.

Sastav tima porodične medicine čine:

- 1 doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine sa nekom drugom specijalizacijom ili bez specijalizacije, ali sa posebnom edukacijom iz porodične medicine;
- 1 medicinska sestra porodične medicine (Viša ili posebno edukovana SSS);
- 1 medicinska sestra.

Radni tim obezbjeđuje 4,9 usluga po korisniku godišnje, sa prosječnim trajanjem usluge od 30 minuta. Od ukupno raspoloživog radnog vremena tima 40% se odnosi na usluge preventive. Godišnja vrijednost naknade po korisniku iznosi:

- 0-6 godina 64 boda
- 7-19 godina 32 boda
- 20-64 godina 48 bodova
- preko 65 godina 80 bodova

U izuzetnim slučajevima, zavod zdravstvenog osiguranja može dozvoliti da jedan tim ima veći broj korisnika od 2.500. U takvim slučajevima, iznos kapitacije za svakog korisnika preko tog broja (2.500) je 32 boda.

U rijetko naseljenom ruralnom području zavod zdravstvenog osiguranja će prilagoditi iznos kapitacije odnosu broja korisnika ambulante iz mreže i broja korisnika iz normativa.

Ugovaranje zdravstvenih usluga iz porodične medicine nije bliže određeno niti *Zakonom o zdravstvenoj zaštiti*, a niti *Zakonom o zdravstvenom osiguranju*. Čl. 41. i 42. *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* samo je određeno da kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja raspisuje natječaj za popunu mreže zdravstvene djelatnosti – a u slučaju porodične medicine to je mreža primarne zdravstvene zaštite koju utvrđuje zakonodavno tijelo kantona, na prijedlog kantonalnog ministra zdravstva. Nakon provedenog postupka javnog natječaja, kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja donosi odluku o izboru najpovoljnijeg ponuđača, uz saglasnost nadležnog ministra zdravstva. Nakon toga, zavod zaključuje ugovor sa zdravstvenim

ustanovama, odnosno privatnim zdravstvenim radnicima koji su najpovoljniji ponuđači u provedenom javnom natječaju.

Ugovorima se uređuju i odnosi u vezi:

- vrste zdravstvene djelatnosti,
- obima zdravstvene djelatnosti,
- početka obavljanja zdravstvene djelatnosti,
- načina obavljanja zdravstvene djelatnosti, i
- sredstvima koje za obavljanje djelatnosti osiguravaju zavodi zdravstvenog osiguranja.

Bližih određenja o načinu ugovaranja i plaćanju zdravstevnih usluga nema ni u zakonu, ni u podzakonskim aktima, naročito ne za porodičnu medicinu, koja je specifikum, ali i osnova sistema zdravstvene zaštite. Iz evropske perspektive, ugovori bi trebali sadržavati cijene, fakture, organizacijske zahtjeve, nivo kadrovskih resursa i objekata, stručno znanje i kompetentnost, načine upućivanja, monitoring, zaštitu podataka. Standardi kvalitete ključne su stavke i obuhvataju vrijeme čekanja, ishode, procedure i ciljeve. Kupci zdravstvenih usluga imaju posredničku ulogu između populacije i davatelja zdravstvenih usluga. Oni imaju odgovornost da dodijele sredstva koje im je populacija povjerila na takav način da to doprinosi boljem zdravstvenom statusu populacije. Međutim, sve ovo nije moguće bilo riješiti na osnovu postojećih zakonskih rješenja.

Zakon o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine

Javne nabavke predstavljaju nezaobilazan faktor kontrole trošenja javnih sredstava, bez obzira da li su predmet istih robe, radovi ili usluge. Predmet javnih nabavki, saglasno *Zakonu o javnim nabavkama* (u daljem tekstu: ZJN), su: robe, usluge i radovi, pri čemu se isti definišu posebnim propisima kojima se regulišu javne nabavke, a neovisno od vrste javnih nabavki isti će se regulisati u okviru ovog posebnog pravnog režima. Posebni pravni režim javnih nabavki je imanentan za uporedne pravne sisteme. To je slučaj i sa Bosnom i Hercegovinom.

ZJN odredio je da se po procedurama utvrđenim ovim zakonom imaju nabavljati i zdravstvene usluge koje se finansiraju javnim sredstvima, odnosno sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Primarni ciljevi javnih nabavki utvrđenih ovim zakonom su: dobijanje najbolje vrijednosti za javni novac, stvaranje tržišne konkurencije, otvaranje tržišta, transparentnost, jedinstven režim i sistem odgovornosti, jedinstveni i zajednički revizioni organi i zakonitost. Pored ovih nameću se i slijedeći ciljevi: tržišna sigurnost, sigurnost zajednice, socijalna sigurnost, sigurnost okoline, zaštita života i zdravlja ljudi i drugo.

Ugovorni organi i porezni obveznici žele da dobiju najbolju vrijednost za javni novac, odnosno za javna sredstva potrošena na nabavku roba ili usluga. Efikasnost je glavni cilj javne nabavke na državnom nivou. Jednak odnos prema svim stranama, transparentnost i javna odgovornost su komplementarni ciljevi koji u cjelosti podržavaju sveukupne težnje da se za javni novac dobije najbolja vrijednost. Pobrojani ciljevi čine sastavni dio politike javnih nabavki zbog toga što ugovorni organi imaju obavezu jednakog tretmana svih strana, transparentnost u sprovođenju javnih nabavki, zakonitost postupanja i procedura, te odgovornost prema javnosti. Navedeni ciljevi mogu se primijeniti i na sistem javnih nabavki zdravstvenih usluga.

Osim ZJN, postoje i drugi zakoni koji se primjenjuju u oblasti javnih nabavki. Radi se o propisima koji su materijalno-pravne prirode, a naspram propisa iz oblasti javnih nabavki koji su procesno-pravne prirode. Kada su u pitanju javne nabavke zdravstvenih usluge, materijalni propis koji bi se trebao primjenjivati je *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* i *Zakon o zdravstvenom osiguranju*. Međutim, niti ovi zakoni, a niti podzakonski akti donijeti na osnovu federalnih sistemskih zakona iz oblasti zdravstva, ne sadrže bliže odrednice u pogledu jasne metodologije, kriterija i mjerila za ugovaranje zdravstvenih usluga kroz sistem javnih nabavki.

Sa stanovišta nabavke zdravstvenih usluga kao ugovorni organi se pojavljuju: zdravstvene ustanove, bez obzira na oblik vlasništva, privatni zdravstveni radnici koji u njima obavljaju zdravstvenu djelatnost, pa i djelatnost porodične medicine, kao i zavodi zdravstvenog osiguranja koji bez sumnje spadaju u kategoriju ugovornih organa iz člana 3. ZNJ. Iz navedenog nesporno proizlazi da zavodi zdravstvenog osiguranja imaju status ugovornih organa kod javne nabavke zdravstvenih usluga čija s potrošnja finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Međutim, u dosadašnjoj praksi zavoda zdravstvenog osiguranja zdravstvene usluge, pa i usluge porodične medicine nisu se ugovarale na način i po postupku predviđenom ZJN, izuzev ugovaranja zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava federalnog fonda solidarnosti. S obzirom da osnivači javnih zdravstvenih ustanova ne raspolažu trajnim osnovnim i obrtnim sredstvima za rad istih, ugovaranje pružanja zdravstvenih usluga koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstevnog osiguranja vrši se uglavnom sa javnim zdravstvenim sektorom, ponekad čak i na uštrb kvalitete zdravstvenih usluga. Saglasno *Zakonu o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu* reguliran je postupak akreditiranja zdravstvenih ustanova na dobrovoljnoj bazi. Akreditacija je dostupna i javnom i privatnom zdravstvenom sektoru. Podrazumijeva se da akreditirane zdravstvene ustanove pružaju veći kvalitet zdravstvenih usluga, te da su iste efikasnije, sigurnije i

ekonomičnije. Akreditirane zdravstvene ustanove trebale bi imati prednost prilikom ugovaranja sa zavodima zdravstvenog osiguranja, a kvalitet zdravstvenih usluga u ovim ustanovama bi se trebao i stimulativno finansirati. Međutim, ovaj sistem poboljšanja kvalitete zdravstvenih usluga tek treba uspostaviti na cijeloj teritoriji Federacije BiH. Sve ovo otvara prostor utvrđivanja dugoročne poslovne saradnje između privatnog i javnog sektora, odnosno tijela vlasti kao osnivača javnog sektora i vlasnika privatnog kapitala iz zemlje i inostranstva. Evropska unija, kao i Svjetska banka, snažno zagovaraju model dugotrajnih partnerskih odnosa privatnog i javnog sektora (PPP model odnosno PPC model), a što je saglasno i EU direktivi 2004/18/EC. Vlasnici privatnog kapitala mogu investirati u rekonstrukciju i izgradnju zdravstvenih objekata i njihovo opremanje, dok bi javni sektor pružio usluge kadra. Naravno, za ove modele nije potreban nikakav separatan zakon, već samo razvijanje dobrih ugovora kojim bi se precizno regulirala prava i obaveze između ugovornih strana.

Kada govorimo o ZJN u kontekstu kupovine zdravstvenih usluga, treba imati u vidu da je potrebno usaglasiti odredbe ovog procesnog zakona sa propisima o zdravstvenoj zaštiti, s obzirom da su zdravstvene usluge i sve ono što čini zdravstvenu uslugu posebno osjetljive i imaju izravan uticaj na život i zdravlje ljudi. U tom smislu bilo bi korisno predvidjeti ZJN da se ugovaranje zdravstvenih usluga može provoditi u pregovaračkom postupku, **bez objave obavještenja o javnoj nabavci tih usluga**. Poseban problem u implementaciji ZJN u procesu ugovaranja zdravstvenih usluga predstavlja i odredba člana **2. stav 15.** istog Zakona. Naime, u citiranoj odredbi precizirano je da pojmovi "dobavljač", "pružalac usluga" i “izvođač radova" podrazumjevaju svakog **privrednog subjekta** koji može biti fizičko ili pravno lice ili grupa takvih lica, koja na tržištu nudi robe, **usluge** ili radove. U vezi sa navedenim članovima postavlja se pitanje provođenja postupaka za pružanje zdravstvenih usluga od strane **zdravstvenih ustanova** koje **nisu privredni subjekti nego javne ustanove**.

Osim navedenog, ukazuje se na neprimjerenost provođenja postupka javne nabavke predviđenog ZJN na ugovaranje zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama, s obzirom na nužnost da se za iste vrste zdravstvenih usluga **izvrši izbor više zdravstvenih ustanova,** u cilju osiguranja dostupnosti zdravstvenih kapaciteta osiguranim licima-pacijentima, **a ne samo jedne**, koja je dostavila najbolje ocijenjenu prihvatljivu ponudu, kako je predviđeno članom 34. stav 2. ZJN.

Određene nelogičnosti u vezi ugovaranja zdravstvenih usluga na način i po procedurama utvrđenim ZJN biti će rješeni kroz nove federalne zakone iz oblasti zdravstva: *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* i *Zakon o zdravstvenom osiguranju*, o čemu će biti riječi u daljem tekstu, kao i kroz *Odluku o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava*.

Za provođenje određenih usluga iz oblasti porodične medicine koje se tiču sprečavanja nastanka i suzbijanja širenja zaraznih bolesti značajno je pomenuti i odredbe **Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**. Saglasno ovom zakonu, pacijent ima pravo da bude zaštićen od zaraznih bolesti, a takođe da se nad njim provedu odgovarajuće opće odnosno posebne mjere utvrđene ovim zakonom, u slučaju sumnje da je obolio od odgovarajućih zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju. Obaveza provođenja općih i posebnih mjera s ciljem sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti je obaveza i tima porodične medicine. Prvenstveno se to odnosi na posebne mjere, kao što su: prevencija od zaraznih bolesti; rano otkrivanje izvora zaraze i puteva prenošenja; laboratorijska izolacija i identifikacija uzročnika; prijavljivanje zaraznih bolesti; imunizacija, imunoprofilaksa, hemoprofilaksa i dr. Najvažnija mjera koju treba provoditi tim porodične medicine je imunizacija protiv zaraznih bolesti saglasno *Programu obaveznih imunizacija protiv zaraznih bolesti* koji se donosi za svaku godinu i što se pokazalo kao najefikasnija mjera s ciljem sprečavanja nastanka i suzbijanja širenja brojnih zaraznih bolesti, većinom među mlađom populacijom. Ovome treba dodati i imunizacije koje se provede prema epidemiološkim indikacijama. Uloga porodičnog liječnika je pregledom utvrditi indikaciju za imunizaciju.

Zakon utvrđuje listu zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju, čije je poznavanje od izuzetne važnosti i za rad porodičnog liječnika, naročito u domenu ranog prepoznavanja zarazne bolesti i njenog prijavljivanja nadležnom zavodu za javno zdravstvo s ciljem poduzimanje daljih mjera.

Za poslove i zadatke tima porodične medicine nužno je poznavanje i odredbi **Zakona o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama,** kojim je utvrđeno postupanje doktora medicine u slučaju zbrinjavanja duševno oboljelog pacijenta koji je opasan i po sebe i po okolinu. Naravno, ovakav pacijent će u većem broju slučajeva biti tretiran od specijaliste psihijatra, odnosno centra za mentalno zdravlje na nivou primarne zdravstvene zaštite, ali se Zakonom ne isključuje ni postupanje doktora medicine.

Saglasno Zakonu o lijekovima pacijentu je dato pravo na dostupnost djelotvornim, sigurnim, kvalitetnim i efikasnim lijekovima koji se upotrebljavaju u medicini, te zaštita od svake zloupotrebe iz ove oblasti. Zakonom je dalje regulisano da pacijent u statusu osiguranika ostvaruje pravo na sve lijekove sa pozitivne liste lijekova kantona, kao i sa liste lijekova koji se finansiraju na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti. Nadalje, Zakonom je regulisano da pacijent ima pravo da bude informisan o lijekovima, o nuspojavama lijekova, te o racionalnoj i efikasnoj terapiji lijekova koja mu se preporučuje u okviru odgovarajućeg medicinskog tretmana. Sa aspekta djelatnosti tima porodične medicine, bitno je poznavanje sljedećih podzakonskih propisa, a to su:

- **Pravilnik o uvjetima prostora, opreme i kadra za organiziranje depoa lijekova**. Ovo iz razloga, jer je svojevremeno bilo zahtjeva u praksi da se uz ambulante porodične medicine obavezno otvore i depoi lijekova, što je vrlo interesantno za ruralne krajeve u pojedinim kantonima.

- **Pravilnik o načinu prijavljivanja i praćenja neželjenih djelovanja lijeka i medicinskih sredstava**. Ovo je novi pravilnik iz ove oblasti donijet od strane Agencije za lijekove i medicinska sredstva BiH. Do sada se sistem praćenja nus-pojava kod upotrebe lijekova vrlo malo ili nikako nije provodio u praksi. Njegova primjena trebala bi početi od tima porodične medicine koji propisuje lijekove, prati interreakcije lijekova kod pacijenata, a posebnu pažnju bi trebao pokloniti bilježenju nuspojava lijekova – što bi trebalo naći svog mjesta i kod ugovaranja zdravstvenih usluga iz porodične medicine. Također, od izuzetne važnosti je pratiti i nus-pojave kod vakcina prilikom provođenja imunizacija, te prijavljivati slučajeve komplikacija kod davanja vakcine. Ovo je izuzetno bitna aktivnost, jer prilikom obnavljanja dozvole za stavljanje lijeka u promet obavezno je priložiti dokaz da nije bilo registrovanih nus-pojava kod predmetnog lijeka tokom njegove primjene, a što je i uvjet obnavaljanja važenja ove dozvole.

- **Odluka o Listi esencijalnih lijekova neophodnih za osiguranje zdravstvene zaštite u okviru standarda obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine** – koja sadrži listu esencijalnih lijekova za najčešća oboljenja i najveći broj populacije, sa dokazanom djelotvornošću, kao i prihvatljivom cijenom. Sadržaj liste esencijalnih lijekova FBiH je obavezan sadržaj i **pozitivnih listi lijekova kantona** – lijekovi koji se propisuju i izdaju na teret sredstava kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Porodični liječnik može propisivati na recept samo one lijekove koji su sadržani na pozitivnoj listi lijekova kantona. Izuzetno, isti može propisivati i recept za komercijalne lijekove čija nabavka tada pada na teret pacijenta.

- **Pravilnik o ispunjavanju uvjeta prostora, opreme i kadra za čuvanje lijekova u zdravstvenim ustanovama.** Ovim pravilnikom bliže se reguliše snabdijevanje ambulanti lijekovima, te određuje koje lijekove i opremu za lijekove moraju imati ambulante. To su samo oni lijekovi koji se koriste za tretman pacijenta u skladu sa djelatnostima ustanove. Porodični liječnik mora imati znanja i o ovom aktu, kako bi osigurao neophodan set lijekova za rad sa pacijentima. Posjedovanje osnovnog seta lijekova ne znači da se porodični

liječnik može baviti izdavanjem lijekova koje je pretodno propisao na recept.

- **Pravilnik o medicinskim sredstvima**. Bitan je i za rad porodičnog liječnika, jer se može prometovati samo medicinskim sredstvima koja su prijavljena Agenciji za lijekove i medicinska sredstva BiH, te koja su uredno označena, koja zadovoljavaju opće i posebne zahtjeve, te imaju certifikat o usklađenosti i oznaku o usklađenosti u smislu odredbi Zakona o lijekovima i medicinskim sredstvima. Navedeno je potvrda njihovog kvaliteta, efikasnosti i sigurnosti. U svom radu porodični liječnik susreće se sa brojnim medicinskim sredstvima, razvrstanim prema različitom stepenu rizika za korisnika, kao i prema stepenu invazivnosti. U medicinska sredstva svrstavamo svaki instrument, aparat, sredstvo, materijal i svaki drugi proizvod koji se primjenjuje na ljudima, sam ili u kombinaciji – a u svrhu postavljanja dijagnoze, prevencije, praćenja, liječenja ili ublažavanja bolesti; postavljanja dijagnoze, prevencije, praćenja, liječenja ili ublažavanja povreda ili invaliditeta; ispitivanja, zamjene ili modifikacije anatomskih ili fizioloških funkcija; kontrole začeća.

- **Pravilnik o propisivanju i izdavanju lijekova** jasno razgraničava način propisivanja lijekova na recept, izdavanje lijekova, posebno propisivanja i izdavanja lijekova koji sadrže psihotropne supstance. Lijekove na recept mogu propisivati samo ovlašteni doktori medicine, doktori stomatologije, odnosno porodični liječnici. Pravilnikom je utvrđen obavezan sadržaj recepta te navedeno da isti ima snagu javne isprave. Recepti kojim se propisuju lijekovi čije izdavanje tereti sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu sadržavati i druge ugovorene podatke i oznake, uključujući i podatke za informatičku obradu recepata. Obrazac recepta za lijek sa pozitivne liste lijekova kantona je bijele boje sa crnom štampom, a za komercijalne lijekove bijele boje sa crvenom štampom. Na obrascu recepta mora biti jasno odštampano da li se radi o lijeku sa pozitivne liste lijekova kantona odnosno lijeku iz komercijalnog asortimana. Na jedan recept može se propisati samo jedan lijek, uz utvrđen oblik i jačinu, i to samo za pojedinačnog pacijenta. Recept vrijedi 15 dana od dana propisivanja lijeka, izuzetno za antibiotike vrijedi tri dana, a za opojne droge pet dana. Naravno, kada govorimo o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranje, od važnosti je poznavati i kantonalne propise koji regulišu način i uvjete pod kojima se doktoru medicine dodjeljuje šifra za propisivanje lijekova, kao i slučajeve u kojima se ona može i suspendirati.

U okviru navedenog potrebno je posebno potencirati obavezu utvrđenu u **Zakonu o spječavanju i suzbijanju zloupotrebe opojnih droga**, koji posebno reguliše propisivanje i izdavanje tvari i biljaka iz tablice II i III ovog Zakona, od strane doktora medicine na liječnički recept (član 39.). Ovaj zakon propisuje obavezu vođenja knjige evidencije propisanih recepata za lijekove koji sadrže psihotropne supstancije ili opojne droge, a koju obavezno ovjerava Agencija za lijekove i medicinska sredstva BiH.

Zakon o sistemu pobošljanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstva izuzetno je značajan sa aspekta porodične medicine. Ovim zakonom uspostavlja se obaveza svake zdravstvene ustanove da uspostavi sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, te formira komisiju koja će se baviti poslovima uspostave ovog sistema, i to prvo kroz uvođenje sistema upravljanja rizikom na nivou sigurnosnih standarda, a nakon toga optimalnih standarda kvalitete. Postupak pristupanja akreditaciji je dobrovoljan za sve zdravstvene ustanove, bez obzira na oblik vlasništva, kao i privatnu praksu. Zakonom je predviđeno da će se, prilikom zaključivanja ugovora sa nadležnim zavodima zdravstvenog osiguranja, posebno uspostaviti mehanizmi stimulacije kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi, a akreditacijsko priznanje kao dostignuti stepen kvaliteta zdravstvene ustanove može biti i prednost kod ugovaranja sa zavodom zdravstvenog osiguranja. Primjena kapitacijskog plaćanja primarne zdravstvene zaštite iziskuje potrebu mjerenja kvaliteta zdravstvenih usluga, što je predmetom i anexa ugovora u ovoj knjizi.

Nadalje, Zakon otvara mogućnost razvijanja kliničkih vodilja i kliničkih puteva. Kliničke vodilje su sistemski razvijeni iskazi koji pomažu praktičarima i pacijentima u donošenju odluka o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti za posebne kliničke okolnosti (Institute of Medicine, SAD 1990.), a klinički putevi su strukturirani, saradnički i integrirani multidisciplinarni plan zaštite, sa detaljima bitnih koraka u pružanju usluga homogenoj grupi pacijenata, u definiranom vremenu, kao lokalno dogovorena multidisciplinarna praksa zasnovana na kliničkim vodiljama, protokolima i najboljim dokazima. Ovo će naročitio biti značajno u slučaju pokrenutih sudskih postupaka, odnosno u slučaju postavljene sumnje na počinjenu stručnu grešku. Kontinuirana provjera kvalitete zdravstvenih usluga iz oblasti porodične medicine mora se provoditi u kontekstu važećih i eksplicitnih standarda, kao akata donijetih na osnovu *Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu*.

Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva propisuje sadržaj obaveznih evidencija koje se moraju voditi u okviru tima porodične medicine, a koje su sadržane u Anexu 4. Osim toga, obavezno se vode evidencije o prijavi zaraznih bolesti, povredama na radu, profesionalnim bolestima, tjelesnim povredama koje je nanijelo drugo lice, povredama zadobijenim u saobraćajnim nesrećama i sl.

Za ugovaranje porodične medicine bitni parametri su i cijena rada tima porodične medicine koja je utvrđena **Kolektivnim ugovorom o pravima i obavezama uposlenika u oblasti zdravstva u Federaciji BiH.** Međutim, ovaj ugovor je obavezujući samo za javni zdravstveni sektor. Ukoliko privatni zdravstveni sektor naknadno pristupi i potpiše ovaj kolektivni ugovor, imat će obavezujuću snagu i za ovaj sektor. Prema ovom ugovoru određeni su novi kriteriji za plaće u oblasti zdravstva:

- maksimalno mjesečno 168 radnih sati,
- minimalna satnica 2,00 KM,
- određene grupe prema koeficijentima složenosti,
- određene stimulacije za radno mjesto i
- položajni dodatak.

Koeficijenti složenosti su od I grupe poslova i radnih zadataka tzv. jednostavnih poslova vrednovanih s koeficijentom složenosti 1, do radne grupe X određene subspecijalnosti medicinske struke s koeficijentom 4,40. Bitno je naglasiti da je razlika između medicinske struke i nemedicinske istog platnog razreda 0,20% koeficijenta složenosti. Na temeljnu osnovicu plaće obračunavaju se razne naknade za dežurstva i naknade za pripravnost, te položajni dodaci i sl.

Naknade za dežurstva obračunavaju se na slijedeći način:

- prvih osam sati obračunava se kao redovan rad,
- drugih osam sati obračunava se kao redovan sljedećeg dana i
- trećih osam sati obračunava se u visini 9% od osnovne plaće itd.

Naknade za pripravnost obračunavaju se na slijedeći način:

- obračunava se u iznosu od 30% od naknade za dežurstvo,
- radnim danom traje 16 sati a praznikom 24 sata.

Naravno, ovome treba dodati i nove obračune plaća i doprinosa saglasno **Zakonu o porezu na dohodak** ("Službene novine Federacije BiH", broj 10/08) **i Zakonu o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima** ("Službene novine Federacije BiH", broj 14/98).

4.2. Iskustva i rezultati implementiranih projekata iz oblasti zdravstva značajnih za ugovaranje porodične medicine

Projekat "Osnovno zdravstvo" je rješavao pitanja testiranja razvoja sistema primarne zdravstvene zaštite zasnovanog na porodičnoj medicini, a što je podrazumijevalo podršku za obuku osoblja za porodičnu medicinu; uspostavljanje stimulacije po učinku za osoblje zdravstvene zaštite; kao i testiranje novog načina plaćanja usluga porodične medicine bazirane na kapitaciji. Naime, postojeći **modeli plaćanja zdravstvenih usluga su prevaziđeni.** Posebno je obrađena komponenta „menadžment i stimulacije“, koja je usmjerena ka razvoju ugovaranja, registraciji pacijenata i kapitacijskom plaćanju. Ugovaranje je razvijano ne kao svrha po sebi, već kao sredstvo pomoću kojeg su strane imale jasna očekivanja, prava i odgovornosti, te sve to mogle uobličiti u sporazum. Postignuti su sljedeći ciljevi:

- Razvoj, implementacija i evaluiranje formule plaćanja bazirane na kombinaciji kapitacije i poticaja za adekvatno propisivanje i upućivanje pacijenata utemeljeno na stvarnim troškovima u Federaciji Bosne i Hecegovine,
- Pilotiranje računarski podržanog registra pacijenata porodičnog liječnika i izvještaja Fonda, te sistema plaćanja radi čvrste finansijske kontrole i revizije,
- Razvoj niza minimalnih standarda kvalitete koji su sadržani u ugovorima,
- Testiranje koje je omogućilo postojanje sistema nadzora putem kojih su bile riješene varijacije ugovora.

Cilj pilotiranog sistema je bio motivirati liječnike u preventivnoj medicini i kontroli troškova prakse, te ostvariti bolju geografsku distribuciju usluga.

Metoda kapitacijskog plaćanja dogovorena je iz slijedećih razloga:

- Omogućuje vrlo dobru kontrolu ukupnih troškova,
- Omogućuje dobru kvalitetu usluga,
- Omogućuje jednostavnu administraciju.

Porodični liječnik, s drugim članovima tima porodične medicine, treniran je kako bi obradio nediferencirane probleme pacijenta i pružio široki obim usluga bez obzira na godine, spol i tip problema. Ovo uključuje tradicionalni obim preventive, promocije i unapređenja zdravlja, dijagnoze i tretman, rehabilitaciju i savjetodavne usluge. Ovo se također odnosi na

probleme spoznajnih vještina i znanje o tome kako organizirati dalju zaštitu. Saradnja tima porodične medicine sa sekundarnim i tercijarnim nivoima zdravstvene zaštite bila je osigurana putem zakonodavstva i standardnim metodima komunikacije.

Iz tih razloga, i u kasnijem periodu, opredijelili smo se za finansiranje zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštititi – porodičnoj medicini bazirano na **kapitaciji.** Naime, potreban je sistem finansiranja u kojemu će liječnici opće prakse doista moći imati ulogu "vratara" koji čuvaju ulazak pacijenata u zdravstveni sistem. Sve ovo je uspješno pilotirano u ugovorima zavoda zdravstvenog osiguranja u tri kantona. Kroz **Projekat „SITAP"** nastavljen je daljnji razvoj porodične medicine na pilot lokacijama u Federaciji BiH i pilot testiranje novih mehanizama plaćanja davalaca usluga na tim lokacijama. Za očekivati je da će ovi modeli plaćanja postati zakonska obaveza i praksa u svakom kantonu. **Novi modeli plaćanja zdravstvenih usluga zahtijevaju i noveliranje liste zdravstvenih usluga, cjenovnika, ali i standarda i normativa, kao jednog od elemenata za određivanje cijene zdravstvenih usluga.**

U okviru **projekta „Unaprjeđenje porodične medicine**" koji se odvijao se uz podršku i pomoć Queens Univerziteta Kanada, uspostavljen je sistem porodične medicine u Federaciji BiH sa mrežom ambulanti porodične medicine. U okviru ovog projekta kreiran je plan i program specijalizacije iz porodične medicine, kao i plan i program dotreninga iz porodične medicine za zdravstvene radnike. S tim u vezi, do sada smo proizveli 234 specijalista porodične medicine po ovom programu, a trenutno se još 80 specijalizanata nalazi na specijalizaciji. Dotrening iz porodične medicine završilo je 454 liječnika i 1006 sestara. Kroz ovaj projekat uspostavljene su i katedre porodične medicine u Sarajevu, Tuzli i Mostaru, te postoji aktivna saradnja sa medicinskim fakultetima u Federaciji BiH na kreiranju dodiplomske i postdiplomske nastave iz porodične medicine. Takođe su uspostavljeni i centri porodične medicine Sarajevo, Tuzla, Mostar i Zenica. Kroz ovaj projekat producirana su i tri doktora nauka iz porodične medicine i 15 magistara nauka iz porodične medicine u Federaciji BiH. Ovaj projekat je specijalizante i specijaliste porodične medicine organizovao u *Udruženje specijalizanata i specijalista porodične medicine Federacije Bosne i Hercegovine*.

Za dalji razvoj porodične medicine bitni su i dosadašnji rezultati **projekta "Jačanje zdravstvenog sektora"** koji je postao efektivan u 2006. godini i čija implementacija je u toku – a koji treba poboljšati pružanje zdravstvenih usluga i povećanje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti širenjem već testiranog modela porodične medicine, kao modela osiguranja primarne zdravstvene zaštite u zemlji putem: implementacije programa

obuke za liječnike i sestre, te osnivanja katedri porodične medicine na četiri univerziteta; obnovi ambulanti obiteljske medicine; kampanji informiranosti javnosti o reformama primarne zdravstvene zaštite. Također, jačat će se zdravstveni menadžment putem osiguranja programa obuke u oblastima regulative, mikro i makro upravljanja, upravljanja bolestima i prevenciji, poboljšanja kvaliteta, primjeni standarda i protokola, racionalnom propisivanju lijekova, izradi proračuna i računovodstva. Do sada je u okviru ovog projekta u Federaciji BiH rekonstruirano 248 ambulanti porodične medicine, opremljeno namještajem 274 ambulante porodične medicine, opremljeno medicinskom opremom 146 ambulante porodične medicine, a također je obavljena obuka 570 timova porodične medicine kroz trening i specijalizacije, uz pomoć Queens Univerziteta Kanada. U drugoj fazi ovog projekta planirana je rekonstrukcija i obnova novih ambulanti porodične medicine u Federaciji BiH i novi turnus edukacije timova porodične medicine. Također, ovim projektom se finansiraju inovativni grantovi koje provode NVO u saradnji sa zdravstvenim radnicima. Svrha je kontinuirana zdravstvena zaštita vulnerabilnih grupa stanovništva, uvođenje inovativnih metoda u radu sa pacijentima u praksi, te s tim u vezi, stvaranje preduvjeta za postizanje šire saradnje između zdravstvenog, nevladinog i privatnog zdravstvenog sektora. Smatramo da implementacija ovog projekta u Federaciji BiH, a i cijeloj Bosni i Hercegovini, ima za cilj unapređenje pravičnosti i jednakosti pristupa zdravstvenim uslugama primarne zdravstvene zaštite, s posebnim akcentom na porodičnu medicinu.

Treba pomenuti i **projekat „Jačanje zdravstvenog sistema Bosne i Hercegovine sa fokusom na primarnu zdravstvu zaštitu“**. Ovaj projekat provodi kanadska CIDA, u saradnji sa WHO. Projekat uvodi model integrisane zdravstvene zaštite u BiH, tj. povezivanje svih nivoa zdravstvene zaštite. Podijeljen je u tri faze, i to kako slijedi:

- 1. faza – u kojoj je izvršena analiza situacije, tj. istraživanje institucionalnih kapaciteta zdravstva utilizacija, te izvršena klinička revizija na početku projekta, kao i ocjena zadovoljstva korisnika. U ovoj fazi procijenjene su potrebe i utvrđeni prioriteti. S tim u vezi, utvrđeno je da je potrebno raditi kliničke vodilje i kliničke puteve za sljedeće bolesti: moždani udar, hipertenziju, dijabetes, karcinom cerviksa, TBC i depresiju. Za navedene bolesti utvrđene su kliničke vodilje i klinički putevi;
- 2. faza podrazumijeva provođenje treninga zdravstvenih profesionalaca na terenu u vezi primjene utvrđenih kliničkih puteva i kliničkih vodilja, trening menadžment projekta, kao i akreditacija primarne zdravstvene zaštite (18 timova u BiH, od toga 9 timova za Federaciju BiH),
- 3. faza podrazumijeva konsolidaciju projekta, te evaluaciju i monitoring projekta.

U pripremi je nastavak ovog projekta koji bi se trebao implementirati u periodu od 2011-2013. i koji bi se bazirao na tri komponente, i to kako slijedi:

I Komponenta "Restruktuiranje PZZ":

- dalja podrška jačanju infrastrukture (adaptacija i opremanje ambulanti porodične medicine),
- nastavak obuke iz porodične medicine,
- obuka i opremanje patronažnih sestra,
- nabavka IT opreme,
- nabavka software-a za PZZ,
- preventivno-promotivni zadaci za TOM.

II Komponenta "Unapređenje kapaciteta za upravljanje zdravstvenim sektorom":

- nastavak jačanja upravljačkih vještina: razvoj programa/specijalizacije iz zdravstvenog menadžmenta i jačanje kapaciteta za sprovođenje programa zdravstvenog menadžmenta.

III Komponenta "Formulacija zdravstvene politike i podrška Projektu":

- nastavak razvoja sistema monitoringa i evaluacije,
- istraživanje riziko faktora među stanovništvom,
- podrška Projektu, posebno sa aspekta bolje koordinacije i komunikacije sa kantonima i relevantnim institucijama.

S ciljem podržavanja koncepta nastavka ovog projekta u narednom periodu, kantoni su zatražili donošenje jedinstvenih osnova registracije pacijenta, kao i jedinstvene metodologije ugovaranja i plaćanja zdravstevnih usluga iz porodične medicine jednoobrazno za cijelu teritoriju Federacije BiH, što uključuje i nacrte ugovora o pružanju zdravstvenih usluga iz porodične medicine. Sve ovo je sadržano u ovom priručniku, te može biti dobra osnova za nastavak navedenog projekta.

Osim toga u kontekstu porodične medicine i njenih kadrova zanačajna su dostignuća i **projekta „Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu i razvoj ljudskih resursa u Federaciji BiH“**. Ovim projektom rukovodi kanadska CIDA, a u isti su uključeni i Kanadsko društvo za međunarodno zdravlje (CSIH) i Queens Univerzitet Kanada. Projekat se provodi i uz saradnju sa *Zavodom za javno zdravstvo Federacije BiH*. Projekat se bazira na jačanju primarne zdravstvene zaštite, sa fokusom na planiranje i upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Očekivani rezultati su: poboljšanje kapaciteta za razvoj planiranja ljudskih resursa, uviđanje neophodnosti reforme obrazovanja u sektoru zdravstva i usklađivanje sa standardima Evropske unije, povećanje kapaciteta institucija za obrazovanje stručnjaka za planiranje ljudskih resursa i rukovođenje u

primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te poboljšanje regulative, odgovornosti i kvaliteta.

Međutim za razvoj porodične medicine, jednako vrijedna su i dostignuća CARDS - Projekta podrške reformi zdravstvene zaštite u BiH, Projekta funkcionalnog pregleda sektora zdravstva u Bosni i Hercegovini, Projekta "Jačanje socijalne kohezije kroz razvoj mentalnog zdravlja u zajednici", kao i Projekata "Zdrava hrana", "Zdrava krv", "Tobaco Project".

4.3. Strategije iz oblasti zdravstva

Strateški plan za razvoj primarne zdravstvene zaštite je temeljni dokument koji predstvalja osnovu za dalji razvoj porodične medicine u Feedraciji BiH. Naime, osnovni cilj dokumenta je uspostavljanje organizacionog modela u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji će osigurati smanjenje nejednakosti u dostupnosti zdravstvenoj zaštiti i omogućiti kontinuitete zdravstvene zaštite sa drugim nivoima zdravstvenog sistema, a prema potrebama lokalne zajednice. Ovo se postiže kroz sljedeće aktivnosti:

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

Reorganizacija primarne zdravstvene zaštite treba se obavljati paralelno i uz koordinirane napore u smislu reorganiziranja i poboljšanja specialističko-konsultativne i bolničke zaštite i unapređenja kontinuirane zdravstvene zaštite, a u skladu sa cjelokupnom reformom zdravstvenog sistema, kao i koordiniranom uspostavom novih mehanizama plaćanja i ugovaranja u PZZ. Naime, Strategijom se definiše da će se primarna zdravstvena zaštita pružati kroz timove porodične medicine i službe u zajednici. Službe u zajednici čine: službe za majku i dijete, centri za mentalno zdravlje, centri za fizikalnu rehabilitaciju, polivalentna zubozdravstvena zaštita, sestre u zajednici, laboratorij i rtg dijagnostika, hitna medicinska služba i druge službe u zajednici koje bi bile definirane na osnovu potreba stanovništva te na temelju mišljenja zavoda za javno zdravstvo i zavoda zdravstvenoga osiguranja. Strategijom je definisan i tim porodične medicine kojeg čine minimalno lječnik i porodična sestra. Ukoliko se unutar tima obavlja i patronaža, tim se povećava sa još jednom patronažnom sestrom. Liječnik može biti porodični lječnik ili specijalista

porodične medicine. Ovaj tim je u vezi sa ostalim službama u PZZ, lokalnom zajedicom, općinskim vlastima, zavodima za javno zdravstvo i drugim nivoima zdravstvene zaštite. Ova organizaciona struktura osigurava osnovu za registriranje stanovništva u skladu sa slobodom stanovnika za samostalan izbor porodičnog liječnika. Svaki tim može registrirati najmanje 1.500, a najviše 2.500 stanovnika, kako bi sa zavodom zdravstvenog osiguranja zaključili osnovni ugovor o pružanju usluga. Za ugovaranje porodične medicine najvažnija su strateška opredjeljenja koja predviđaju uvođenje novih mehanizama plaćanja i ugovorni pristup u PZZ. S obzirom da plaćanje trenutno nije povezano sa učinkom i ne postoje finansijski poticaji, Strategija potcrtava neophodnost uspostave novog sistema plaćanja PZZ, a koji podrazumjeva slijedeće:

Za timove porodične medicine predviđa se uvođenje pojednostavljenog sistema kapitacijskog plaćanja zasnovanog na učinku i stimulaciji, kojim bi se unaprijedio kvalitet usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Naprimjer, mogla bi se uvesti dodatna, ili bonus plaćanja za one davaoce primarne zdravstvene zaštite koji zadovoljavaju odgovarajuće kriterijume kvalitete i koji su akreditirani. Određena sredstva se mogu isplaćivati davaocima koji dostignu ciljeve kvalitete ili unaprijede efikasnost, a postoji mogućnost uvođenja plaćanja naknada za usluge promocije zdravlja.

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

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

Sa timovima porodične medicine, službama u zajednici, dijagnostike zaključivat će se ugovori. Ugovori će se zaključivati u skladu sa definiranim kriterijima. Kriteriji za ugovaranje za određene nivoe u PZZ će se definisati jedinstveno, posebnim aktom Ministarstva zdravstva.

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

Strategija razvoja zdravstva u Federaciji BiH za period 2008.-2018. strateški je dokument za kreiranje legislative iz oblasti zdravstva. Ovom Strategijom utvrđeni su odgovarajući opći i specifični strateški ciljevi u oblasti zdravstva. Opći strateški ciljevi odnose se na ispunjavanje:

povećanja dostupnosti, kvaliteta i efikasnosti zdravstvene zaštite, praćenog povećanjem solidarnosti i smanjenjem nejednakosti u ostvarivanju prava iz zdravstvene zaštite. Specifični strateški ciljevi direktno utiču na jačanje četiri poluge zdravstvenog sistema: savjesno upravljanje, zdravstvene usluge, resurse i finansiranje, a to se praktično odnosi na: jačanje mehanizama neophodnih za uspostavljanje efikasnog i savjesnog upravljanja u zdravstvu; usklađivanje zakonodavnog okvira sa reformskim ciljevima i propisima EU; jačanje zaštite prava pacijenata i zdravstvenih profesionalaca; unapređenje upravljanja zdravstvenim sistemom; jačanje primarne zdravstvene zaštite orijentisane ka porodici i zajednici baziranoj na promociji zdravlja i prevenciji bolesti; racionalizacija specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite; jačanje uloge javnog zdravstva; jačanje ljudskih resursa u sistemu zdravstvene zaštite; unapređenje farmaceutskog sektora kako bi se osigurala optimalna dostupnost djelotvornim, sigurnim, kvalitetnim i ekonomičnim lijekovima; unapređenje upravljanja tehnologijama u zdravstvu; unapređenje sistema ugovaranja i plaćanja zdravstvenih usluga; udruživanje rizika i povećanje solidarnosti – s čim bi se mogla uvećavati pravičnost u financiranju zdravstvene zaštite; povećanje obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranjem.

Radi realiziranja općih i specifičnih strateških ciljeva utvrđenih *Strateškim planom razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u periodu od 2008. do 2018. godine*, utvrđeno je da se pristupi izradi novih federalnih zakona iz ove oblasti, i to: Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju.

4.4. Novine u predloženim federalnim zakonima koji se odnose na porodičnu medicinu

U novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti bliže je određena djelatnost primarne zdravstvene zaštite koja obuhvata djelatnost porodične medicine, djelatnost zdravstvene zaštite djece, djelatnost polivalentnih patronažnih sestara u zajednici, higijensko-epidemiološku zaštitu, hitnu medicinsku pomoć, zaštitu reproduktivnog zdravlja žena, zdravstvenu zaštitu nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja, fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju u zajednici, specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, ako je ugovorena sa poslodavcem, zubozdravstvenu zaštitu, laboratorijsku i radiološku dijagnostiku primarnog nivoa i apotekarsku djelatnost. Bitno je istaći da je djelatnost primarne zdravstvene zaštite uređena saglasno odredbama *Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava*. Naime, predviđen je obavezan sadržaj primarne zdravstvene zaštite, a takođe i sadržaj specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite na ovom nivou koja se, u pravilu, osigurava u okviru bolničkih zdravstvenih ustanova, osim djelatnosti pedijatrije, medicine rada, ginekologije i djelatnosti stomatologije, koje se ostvaruju u okviru vanbolničkih zdravstvenih

ustanova tipa zavoda i domova zdravlja. Pravo na zdravstvene usluge specijalističko-konsultativne djelatnosti iz interne medicine, pedijatrije, opće i abdominalne hirurgije, neurologije, ORL, oftalmologije, ortopedije i dermatologije osigurana lica ostvaruju u zdravstvenim ustanovama u općini u kojoj imaju prebivalište. Osim navedenog, zdravstvena zaštita na primarnom nivou obuhvata: praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika, prevenciju, liječenje i rehabilitaciju bolesti i povreda, otkrivanje i suzbijanje faktora rizika masovnih nezaraznih bolesti, specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i omladine, naročito u osnovnim i srednjim školama, te visokim školama na svom području, mjere za promociju prirodne ishrane dojenčeta – dojenja, imunizaciju protiv zaraznih bolesti, liječenje i rehabilitaciju u kući, palijativnu njegu. Posebno bismo istakli da smo, saglasno usvojenom dokumentu *Politika – mladi i zdravlje*, predvidjeli da se u cilju osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite mladih i specifičnih populacija, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti razvija i unapređuje prijateljski pristup mladima. Nadalje, u cilju osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita se mora organizirati tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta.

Zakonom je utvrđeno da se na primarnom nivou zdravstvene zaštite može organizirati i provoditi nastavna i naučno-istraživačka djelatnost. Nastava iz oblasti porodične medicine se može organizirati i provoditi u centrima za edukaciju iz porodične medicine koji su nastavna baza. Planovi i programi nastave podliježu saglasnosti federalnog ministra zdravstva.

Zdravstvena djelatnost na primarnom nivou zdravstvene zaštite provodi se i organizuje u timskom radu u kojem učestvuju najmanje jedan zdravstveni radnik visoke stručne spreme: doktor medicine, doktor stomatologije ili magistar farmacije i medicinska sestra-tehničar. Poslove u zdravstvenoj djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite obavljaju doktori medicine, porodični liječnici, medicinska sestra-tehničar svih profila i stepena stručne spreme, specijalisti porodične medicine, medicine rada, školske medicine, specijalisti iz epidemiologije ili higijene, doktori stomatologije, magistri farmacije, diplomirani inženjeri medicinske biohemije i diplomirani inženjeri medicinsko-laboratorijske dijagnostike sa svojim saradnicima.

U zdravstvenoj djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite poslove zdravstvene zaštite u vezi radiološke dijagnostike, fizioterapije, zaštite materinstva, kao i higijensko-epidemiološke službe, pored liječnika odgovarajuće specijalnosti, obavljaju diplomirani inženjeri medicinske radiologije, diplomirani fizioterapeuti, diplomirana babica i diplomirani sanitarni inženjeri.

U zdravstvenoj djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite poslove zdravstvene zaštite djece obavlja specijalist pedijatrije, poslove zdravstvene zaštite žena u vezi sa trudnoćom, porođajem, materinstvom, planiranjem porodice, ranim otkrivanjem malignih bolesti i liječenjem spolno prenosivih i drugih bolesti obavlja specijalist ginekologije, sa diplomiranom babicom, a poslove zaštite mentalnog zdravlja obavlja specijalist psihijatrije, te zdravstveni saradnici visoke stručne spreme.

U provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite, a posebno u zdravstvenoj zaštiti radnika, djece predškolskog i školskog uzrasta, te zaštiti mentalnog zdravlja učestvuje i psiholog, socijalni radnik, logoped, surdiaudiolog i edukator-rehabilitator, odnosno drugi stručnjaci za pojedina specifična pitanja te zaštite.

Zdravstveni radnici u zdravstvenoj djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite u timskom radu sarađuju sa zdravstvenim radnicima drugih specijalnosti na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite.

Sadržaj djelatnosti doma zdravlja usaglašen je sa rješenjima iz *Strategije razvoja primarne zdravstvene zaštite*. Posebno treba istaći organizacioni oblik kroz koji se obavlja djelatnost porodične medicine. Ambulanta porodične medicine je dio zdravstvenog sistema u kojoj se promocijom zdravlja, sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem, liječenjem bolesti i rehabilitacijom osigurava primarni nivo zdravstvene zaštite. Ista se može organizovati kao dio doma zdravlja ili privatna praksa. Zakonom je utvrđen i sastav tima porodične medicine kojeg čine specijalista porodične medicine i najmanje jedna medicinska sestra-tehničar koja ima edukaciju iz porodične medicine. Izuzetno, tim porodične medicine može da čini specijalista druge grane medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine, odnosno doktor medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine i najmanje jedna medicinska sestra-tehničar koja ima dodatnu edukaciju iz porodične medicine. Poslovi zdravstvene njege u zajednici mogu se obavljati ili u timu porodične medicine ili kroz službe sestara u zajednici. Ako se isti obavljaju u timu porodične medicine, uključuje se u tim još jedna medicinska sestra-tehničar koja ima edukaciju zdravstvene njege u zajednici. Plan i program edukacije, kao i način obavljanja edukacije iz porodične medicine i zdravstvene njege u zajednici bliže se uređuje pravilnikom federalnog ministra zdravstva. Navedena obilježja organizovanja djelatnosti porodične medicine usaglašena su sa dosadašnjim rezultatima Projekta "Osnovno zdravstvo", "Jačanje zdravstvenog sektora", kao i rješenjima iz *Strategije razvoja primarne zdravstvene zaštite*.

Izuzetno, Zakonom se predviđa da, do uspostave modela porodične medicine na teritoriji Federacije BiH, poslove i zadatke porodične medicine

mogu obavljati i doktori medicine odnosno specijalisti opće medicine. Kada se model porodične medicine implementira na cijeloj teritoriji Federacije BiH, organizacija ambulanti za specijalističko-konsultativnu djelatnost uskladiće svoju organizaciju sa ovim modelom. Smatramo da će se ovim pravnim rješenjima steći uvjeti za realizaciju ovog modela na cijeloj teritoriji Federacije BiH po okončanju implementacije Projekta "Jačanje zdravstvenog sektora" koji se trenutno provodi u BiH i finansira kreditom Svjetske banke, Razvojne banke Evrope, te domaćom kontribucijom.

U odnosu na odredbe važećeg Zakona, u ovom zakonu nije predviđena mreža primarne zdravstvene zaštite, a niti mreža bolničke zdravstvene zaštite, s obzirom da ni do sada ista nije bila precizno definisana postojećim zakonskim rješenjima. Intencija je da se na nivou usvojenih programa zdravstvene zaštite, a koji su rađeni na bazi izvještaja o zdravstvenom stanju stanovništva, ostavi sloboda zavodima zdravstvenog osiguranja da u saradnji sa nadležnim ministarstvima zdravstva ugovore potreban obim i vrstu zdravstvene zaštite koja je u skladu sa zahtjevima stanovništva na području kantona odnosno Federacije, a saglasno kriterijima i mjerilima iz ovog Zakona, ali takođe i u skladu sa finansijskim mogućnostima. Razlog za ukidanje mreže primarne zdravstvene zaštite i mreže bolničke zdravstvene zaštite jeste i taj što bi postojanje navedenih mreža obavezivalo zavode zdravstvenog osiguranja da praktično finansiraju zdravstvene ustanove u mreži, umjesto da procesom ugovaranja kupuju zdravstvene usluge odgovarajućeg obima i kvaliteta kod najpovoljnijeg ponuđača.

Zakonom je utvrđena obaveza zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH da provode postupak dodjele ugovora o pružanju zdravstvenih usluga, odnosno postupak dodjele ugovora za provođenje programa zdravstvene zaštite, saglasno ovom Zakonu, Zakonu o zdravstvenom osiguranju, propisima donijetim na osnovu ovih zakona, propisima o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, kao i propisima o javnim nabavkama Bosne i Hercegovini. *Federalni zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja*, po prethodno pribavljenom mišljenju zavoda zdravstvenog osiguranja kantona, kao i uz saglasnost federalnog ministra zdravstva, utvrđuje Jedinstvenu metodologiju kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove, odnosno privatnog zdravstvenog radnika.

Nadalje, Zakonom je predviđeno davanje u zakup viška zdravstvenog, kao i nezdravstvenog prostora, pod uvjetom da to ne remeti obavljanje registrovane djelatnosti zdravstvene ustanove. U važećem Zakonu, odredbom člana 168. samo je dato pravo osnivaču zdravstvene ustanove da može prodati, odnosno dati u zakup, kapacitet ili dio kapaciteta zdravstvene ustanove saglasno zakonu, a uz prethodno pribavljeno

mišljenje federalnog ministra zdravstva za kapacitete bolničke zdravstvene zaštite, odnosno kantonalnog ministra zdravstva za kapacitete primarne zdravstvene zaštite. Daljnjih razrada ove odredbe nema, a niti je bilo predviđeno donošenje podzakonskog akta. Brojni problemi u praksi opredijelili su obrađivača Zakona da bolje uredi ovu oblast. Prvo, isključena je mogućnost prodaje kapaciteta zdravstvene ustanove. Data je samo mogućnost zakupa zdravstvene ustanove, i to pod uvjetima i na način propisan ovim zakonom, kao i podzakonskim aktom donijetim od strane federalnog ministra zdravstva.

Zakonom je također uvedeno novo poglavlje koje reguliše uvođenje novih zdravstvenih tehnologija u provođenju zdravstvene zaštite. Ovo je novo poglavlje koje do sada nije bilo uređeno važećim Zakonom, ali je praksa pokazala da je izuzetno važno, naročito sa aspekta daljeg razvoja medicinske nauke i tehnologije. Naime, u praksi su sve učestaliji zahtjevi tužilaštava u Federaciji BiH koji od Federalnog ministarstva zdravstva traže izjašnjenje da li je zakonom uređeno uvođenje novih zdravstvenih tehnologija, te ko je nadležan za certificiranje zdravstvenih radnika za upravljanje novim zdravstvenim tehnologijama. Pod zdravstvenim tehnologijama podrazumijevaju se sve zdravstvene metode i postupci koji se mogu koristiti u cilju unaprjeđenja zdravlja ljudi, u prevenciji, dijagnostici i liječenju bolesti, povredama i rehabilitaciji, i koji obuhvataju sigurne, kvalitetne, efikasne lijekove i medicinska sredstva, medicinske procedure, medicinsku opremu, kao i uvjete za pružanje zdravstvene zaštite. Svjesni smo da u Evropi procjenu zdravstvenih tehnologija obavljaju specijalizirani instituti. Smatrali smo za početak primjerenim da se u okviru *Federalnog ministarstva zdravstva* formira Komisija za procjenu zdravstvenih tehnologija iz reda istaknutih zdravstvenih radnika i stručnjaka iz drugih oblasti koji su dali značajan doprinos u razvoju i istraživanju određenih oblasti medicine, stomatologije odnosno farmacije, primjeni i razvoju zdravstvenih tehnologija, odnosno u obavljanju zdravstvene djelatnosti, a koja bi davala stručno mišljenje o uvođenju novih zdravstvenih tehnologija, ali koja bi obavljala i druge poslove i zadatke iz ove oblasti. Pravilnikom federalnog ministra zdravstva bliže će se urediti način uvođenja novih zdravstvenih tehnologija.

Zakon je regulisao da su zdravstveni radnici lica koja se obrazuju na medicinskom, stomatološkom, farmaceutskom ili farmaceutsko-biohemijskom fakultetu, fakultetu zdravstvenih studija, te na višim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja. Ovim u sistem zdravstva uvodimo i kadrove koji se školuju na fakultetu zdravstvenih studija, a za oblast porodične medicine interesantna je posebno diplomirana medicinska sestra. Nadalje, uvode se odgovarajuće novine u pogledu obavljanja pripravničkog staža, u zavisnosti da li je isti obavljen po bolonjskom procesu ili ne. Naime, doktori medicine, doktori stomatologije, magistri farmacije i diplomanti fakulteta zdravstvenih studija koji su završili studij po bolonjskom procesu,

ne obavljaju pripravnički staž. Također, zdravstveni saradnici, baš kao i zdravstveni radnici ostvaruju pravo na specijalizacije odnosno supspecijalizacije.

U novom Zakonu o zdravstvenom osiguranju utvrđeno je pravo na korištenje zdravstvene zaštite, i za osigurana i za neosigurana lica, kao i za članove njihovih porodica. Neosiguranim licem se smatra državljanin Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Federacije BiH koji nema status osiguranika, odnosno status člana porodice osiguranika. Sredstva za zdravstvenu zaštitu neosiguranih lica osiguravaju se iz sredstava budžeta kantona, a sredstva za osigurana lica iz doprinosa za zdravstveno osiguranje. Zakonom je posebno obrađeno poglavlje ugovaranja zdravstvenih usluga odnosno programa zdravstvene zaštite, koje je bazirano na pravnim rješenjima iz novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. To znači, da se ugovaranje vrši po procedurama ZJN, a saglasno Jedinstvenoj metodologiji koja sadrži bitne kriterije za ugovaranje sa nadležnim zavodima zdravstvenog osiguranja. Prednost u zaključivanju ugovora sa nadležnim zavodom osiguranja imaju one zdravstvene ustanove odnosno privatni zdravstveni radnici koji su u postupku akreditacije dobili akreditacijsko priznanje o kvalitetu, u skladu sa propisima o sistemu poboljšanja kvaliteta i sigurnosti te akreditaciju u zdravstvu, odnosno koje su uspostavile sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Nadležni zavod zdravstvenog osiguranja zadržava pravo da prije zaključivanja ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem zdravstvenih usluga izvrši kontrolu provođenja i izvršavanja ranije zaključenih ugovora sa tim davaocem zdravstvenih usluga, a što će biti i jedan od kriterija za dodjelu novog ugovora.

Zakon je utvrdio da osnov za zaključivanje ugovora čine:

- godišnji plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za područje nadležnog zavoda osiguranja koji donosi nadležno zakonodavno tijelo;
- utvrđeni standardi i normativi zdravstvene zaštite, kao i zdravstveni kapaciteti potrebni za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica;
- jedinstvena metodologija utvrđena ovim zakonom;
- akt o cijenama zdravstvenih usluga;
- finansijski plan nadležnog zavoda osiguranja.

Ugovorom se detaljno odlučuje o:

- vrsti zdravstvene djelatnosti,
- obimu zdravstvene djelatnosti,
- početku obavljanja zdravstvene djelatnosti,
- roku obavljanja zdravstvene djelatnosti, odnosno važenja ugovora,
- načinu obavljanja zdravstvene djelatnosti,
- načinu stimulativnog finansiranja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, kao i stimulativnog finansiranja akreditiranih zdravstvenih

ustanova i akreditiranih privatnih praksi, saglasno propisima o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu,
- obavljanju kontrole zaključenog ugovora sa stručnog, pravnog i ekonomskog aspekta,
- sredstvima koje za obavljanje djelatnosti osigurava nadležni zavod zdravstvenog osiguranja i nadležno ministarstvo zdravstva,
- ostalim pravima i obavezama.

Ugovor se u pravilu zaključuje za jednu kalendarsku godinu.

Izuzetno, važenje ugovora može se produžiti za vrijeme utvrđeno ugovorom, a ukoliko se do kraja kalendarske godine ne zaključi ugovor za narednu godinu, do njegovog zaključivanja primenjuje se ranije zaključen ugovor, ako nije u suprotnosti sa jedinstvenom metodologijom kao i propisima o javnim nabavkama Bosne i Hercegovini.

Zakon je utvrdio sljedeće načine plaćanja zdravstvenih usluga:
- plaćanje po jednom opredijeljenom osiguranom licu (kapitacija);
- plaćanje po slučaju, odnosno po epizodi bolesti ili povrede;
- plaćanje po terapeutskom postupku i prema dijagnostičkim grupama;
- plaćanje po cijenama pojedinačnih zdravstvenih usluga;
- otkupom programa rada davalaca zdravstvenih usluga;
- drugi način utvrđen ugovorom.

Zakon razrađuje detaljno i kontrolu provođenja zaključenih ugovora od strane nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Zakon daje pravo osiguranom lice na slobodan izbor liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Izabrani liječnik je:
- doktor medicine, doktor medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine ili doktor medicine specijalista za oblast porodične medicine, odnosno specijalista druge grane medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine;
- doktor medicine specijalista pedijatrije (za djecu do 7 godina starosti, izuzetno u ruralnim sredinama izabrani liječnik za djecu do 7 godina starosti može biti i porodični liječnik);
- doktor stomatologije.

Osigurano lice može imati samo jednog izabranog liječnika kojeg bira na period od najmanje godinu dana.

Način ostvarivanja prava na slobodan izbor liječnika odnosno promjenu izabranog liječnika, kao i registracija pacijenata biti će jedinstveno uređeni pravilnikom federalnog ministra zdravstva, što do sada nije bio slučaj, već je isto bilo predmetom regulisanja u kantonalnim propisima. Ugovorom između nadležnog zavoda osiguranja i davaoca zdravstvenih

usluga određuju se liječnici pojedinci koji imaju ovlaštenja izabranog liječnika.

Davalac zdravstvenih usluga dužan je da na vidnom mjestu istakne spisak liječnika koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog liječnika.

Izabrani liječnik zaključuje poseban ugovor sa nadležnim zavodom osiguranja o obavljanju poslova izabranog liječnika za potrebe osiguranih lica.

Liječnik koji ispunjava uvjete propisane ovim zakonom za izabranog liječnika dužan je da primi svako osigurano lice koje ga izabere, osim ako je kod tog izabranog liječnika evidentiran broj osiguranih lica veći od utvrđenog standarda broja osiguranih lica po jednom izabranom liječniku.

Zakon definiše i ovlaštenja izabranog liječnika, a to su:

- da organizuje i provodi mjere na očuvanju i unapređenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivne preglede, mjere i postupke, uključujući i zdravstveno vaspitanje, koji su utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- da obavlja preglede i dijagnostiku;
- da određuje način i vrstu liječenja, prati tok liječenja i usklađuje mišljenje i prijedloge za nastavak liječenja osiguranog lica;
- da pruža hitnu medicinsku pomoć;
- da upućuje osigurano lice na specijalističko-konsultativne preglede odnosno u druge odgovarajuće zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u okviru jedinstvenog sistema upućivanja pacijenata sa jednog na druge nivoe zdravstvene zaštite;
- da određuje vrstu i dužinu kućnog liječenja i prati provođenje kućnog liječenja;
- da propisuje lijekove i medicinska sredstva, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;
- da vodi propisanu medicinsku dokumentaciju o liječenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa zakonom;
- da obavlja medicinsku obradu osiguranog lica za postupak ocjene radne sposobnosti i invalidnosti, te daje ocjenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa ovim zakonom;
- da utvrđuje dužinu privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 42 dana spriječenosti za rad i predlaže prvostepenoj liječničkoj komisiji produženje privremene spriječenosti za rad, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;
- da utvrđuje potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi njege člana porodice;

- da daje mišljenje o tome da li je osiguranik namjerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namjerno spriječio;
- da daje nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica, na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;
- da vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zaključenim ugovorom između nadležnog zavoda osiguranja i davaoca zdravstvenih usluga.

Izabrani liječnik može ovlaštenja koja se odnose na dijagnostiku i liječenje, uključujući i propisivanje lijekova na recept (za TBC i HIV), kao i upućivanje na liječenje u bolničku zdravstvenu ustanovu, da prenese na nadležnog liječnika specijalistu – ako to zahtijevaju zdravstveno stanje osiguranog lica i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite.

Ako izabrani liječnik zloupotrijebi svoja ovlaštenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica, nadležni zavod osiguranja raskida ugovor sa izabranim liječnikom i daje inicijativu kod nadležne komore zdravstvenih radnika za oduzimanje licence za samostalni rad tog izabranog liječnika.

Zakonom smo također predvidjeli da se za određene vrste zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne, može utvrditi redoslijed korištenja, u zavisnosti od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi – s tim da vrijeme čekanja ne može biti takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (lista čekanja), kao i način formiranja ovih listi.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH donosi opći akt kojim utvrđuje vrste zdravstvenih usluga za koje se utvrđuje lista čekanja, kao i kriterije i standardizovane mjere za procjenu zdravstvenog stanja pacijenata i za stavljanje na listu čekanja, najduže vrijeme čekanja za zdravstvene usluge, neophodne podatke i metodologiju za formiranje liste čekanja, način informiranja pacijenta, liječnika koji je uputio pacijenta i nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja o bitnim podacima sa liste čekanja, sačinjavanju izmjena i dopuna liste čekanja, kao i brisanju osiguranih lica sa liste čekanja, nadzoru nad listom čekanja, kao i uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite mimo liste čekanja. Ovaj akt se donosi uz prethodnu saglasnost federalnog ministra zdravstva.

Davalac zdravstvenih usluga sa kojim je nadležni zavod zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, dužan je utvrditi svoju

listu čekanja u skladu sa ovim i osiguranom licu pružiti zdravstvenu uslugu u skladu sa tom listom čekanja.

Ako davalac zdravstvenih usluga sa kojim je nadležni zavod zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, dužan je o tome izdati pismeno obavještenje osiguranom licu, prije pružanja zdravstvene zaštite. Ovo obavještenje se mora dati i osiguranom licu koga stavlja na listu čekanja.

Obavještenje sadrži pismenu informaciju davaoca zdravstvenih usluga o razlozima zbog kojih zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i razlozima za stavljanje na listu čekanja i o utvrđenom redoslijedu na listi čekanja.

Ako se osiguranom licu i pored obavještenja zdravstvena usluga pruži na lični zahtjev osiguranog lica, troškovi zdravstvene usluge padaju na teret osiguranog lica.

Za oblast porodične medicine značajne su i odredbe novog Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata i novog Zakona o apotekarskoj djelatnosti. Opredjeljenost zakonodavca je bilo donošenje separatnog Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata iz razloga što je namjera da se ovim zakonom ukaže na potrebu podizanja svijesti građana, zdravstvenih radnika, predstavnika političke vlasti i javnosti općenito, ukazivanjem na prava koja svaki pojedinac ima kad oboli. Zaštita prava pacijenta istovremeno je i zaštita ljudskih prava, jer je pravo na zdravlje univerzalno i neprikosnoveno ljudsko pravo. Ovaj zakon se donosi sa ciljem da pacijenti pomognu u razumijevanju svog zdravstvenog stanja i tretmana, a zdravstveni radnici bi trebali više poštovati potrebe svojih pacijenata, te im pružati veću podršku savladavanjem bolesti na najbolji mogući način. Prepoznavanje i zaštita prava pacijenata jedan je od elemenata valorizacije stepena demokracije i u našem društvu. Pacijentu se garantuju slijedeća prava, ali saglasno propisima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, i to: na dostupnost zdravstvene zaštite, uključujući i pravo na hitnu medicinsku pomoć koja se ne može uvjetovati statusom zdravstvenog osiguranja, pravo na sve informacije, na obavještenja, na slobodan izbor doktora medicine, odnosno doktora stomatologije, kao i slobodan izbor predloženih medicinskih procedura, na samoodlučivanje i pristanak, na povjerljivost svih ličnih informacija, na lično dostojanstvo i privatnost, na sprečavanje i olakšavanje patnje i bola, na poštovanje pacijentovog vremena, na uvid u medicinsku dokumentaciju, na tajnost podataka, na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove, odgovarajuća prava na medicinska istraživanja i naučna istraživanja, kao i odbijanje da sudjeluje u istim, na preventivne mjere, pravo na prigovor, na

naknadu štete, na prehranu u skladu sa svjetonazorom i obavljanje vjerskih obreda. Prava pacijenta su decidno razrađena u ovisnosti da li ih koristi punoljetno lice koje ima poslovnu sposobnost, ili ih koristi maloljetno lice, ili lice lišeno poslovne sposobnosti. U Zakonu su predviđena i odgovarajuća prava za zaštitu žrtava nasilja, kao i na zaštitu djece koja su žrtve nasilja, a saglasno *Strateškom planu za prevenciju nasilja u porodici* za Federaciju BiH 2009.-2010, koji je donijela Vlada Federacije BiH. Naime, žrtvama nasilja garantuje se dostupnost zdravstvene zaštite, što uključuje zbrinjavanje i liječenje posljedica nasilja po fizičko, mentalno i reproduktivno zdravlje, kao i pravo na odgovarajuće preventivne mjere i informacije o očuvanju fizičkog i mentalnog zdravlja, a saglasno posebnim propisima. Međutim, pacijent ne može koristiti ova prava, a da prethodno ne ispunjava svoje obaveze i odgovornosti, i to prema: ličnom zdravlju, drugom pacijentu, zdravstvenom osoblju i široj društvenoj zajednici. Zaštita prava pacijenata se osigurava kroz tijela zdravstvene ustanove, zdravstvene savjete formirane na nivou jedinice lokalne samouprave, kantonalnom i Federalnom ministarstvu zdravstva, putem nadležnih inspekcija, institucije ombudsmena, kao i suda. U zakonu su utvrđeni prekršaji za zdravstvene ustanove i privatne prakse, ali i prekršaji za pacijente u slučaju da isti krše prava drugih pacijenata, zdravstvenog osoblja i šire zdravstvene zajednice; sve to iz razloga što mora postojati simetrija odgovornosti u partnerskom odnosu između pacijenta i zdravstvenog radnika.

U novom zakonu o apotekarskoj djelatnosti uređuje se promet lijekovima i medicinskim sredstvima na malo, a na osnovu državnog *Zakona o lijekovima i medicinskim sredstvima*. Donošenjem navedenog državnog Zakona, u nadležnost *Agencije za lijekove i medicinska sredstva BiH* prešla je većina funkcija iz oblasti lijekova i medicinskih sredstava – praktično sve bitno što se odnosi na proizvodnju i velepromet lijekova i medicinskih sredstava, uključujući i farmaceutsko-inspekcijski nadzor u ovoj oblasti. Znatno manji broj poslova i zadataka iz ove oblasti ostao je u nadležnosti entiteta, i to samo oni koji se odnose na promet lijekovima i medicinskim sredstvima na malo, racionalno propisivanje i izdavanje lijekova, te organizaciju apotekarske službe, kao i farmaceutsko-inspekcijski nadzor u prometu lijekovima i medicinskim sredstvima na malo. Za postupanje u porodičnoj medicini značajne su odredbe i ovog zakona, s obzirom da propisuju uvjete za lijek i medicinsko sredstvo u prometu na malo, način njegovog prometovanja odnosno organizacione oblike u apotekarskoj djelatnosti. Donošenje ovog zakona ima se promatrati i sa aspekta zaštite zdravlja i života pacijenta, s obzirom da je medikamentozna terapija jedan od načina liječenja. S tim u vezi, potrebno je osigurati da građanima ove zemlje budu dostupni kvalitetni, sigurni i provjereni liejkovi i medicinska sredstva.

U pripremi je i novi Zakon o stomatološkoj djelatnosti kojim se uređuju ustrojstvo i uvjeti za obavljanje stomatološke djelatnosti na teritoriji

Federacije BiH, kao djelatnosti koja osigurava pružanje stomatološke zdravstvene zaštite osobama u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja, te obrazovanje, prava i dužnosti izvršilaca stomatološke djelatnosti.

Također u pripremi je i novi Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva, kojim se uređuju vrste, sadržaj i način vođenja evidencija u oblasti zdravstva, kao i način prikupljanja, obrade, korišćenja, zaštite i čuvanja podataka iz tih evidencija. Vođenjem evidencija u oblasti zdravstva osiguravaju se podaci za praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva, za planiranje i programiranje zdravstvene zaštite, za preduzimanje odgovarajućih mjera i unapređivanje zaštite zdravlja, za potrebe zdravstvenog osiguranja i socijalne zaštite, za naučna istraživanja, za praćenje biološkog i radnog potencijala, za obavještavanje javnosti, za statistička istraživanja u zdravstvu, za izvršavanje međunarodnih obaveza u oblasti zdravstva i u druge službene svrhe.

Osim toga, u pripremi je i donošenje novog Zakona o ograničenoj upotrebi duhanskih prerađevina, koji ima izuzetan javno-zdravstveni značaj, jer ima za cilj unapređenje zdravlja stanovništva u Federaciji Bosne i Hercegovine putem reduciranja i prevencije pušenja, kao vodeće bolesti ovisnosti u svim populacionim grupama. Ovim zakonom se, također, vrši usklađivanje i sa pravnim rješenjima iz *Okvirne konvencije Svjetske zdravstvene organizacije o kontroli duhana* koja je ratificirana od strane BiH, Odlukom o ratifikaciji Okvirne konvencije Svjetske zdravstvene organizacije o kontroli duhana ("Službeni glasnik BiH"-Međunarodni ugovori, broj 4/09).

Naprijed su navedene određene novine u novim zakonima iz oblasti zdravstva. Naime, ne možemo govoriti o reformama u sektoru zdravstva, ako iste nisu propraćene i reformom legislative u oblasti zdravstva. Ukoliko prezentirani novi zakoni iz oblasti zdravstva budu usvojeni od strane Parlamenta Federacije BiH, postat će obavezujući i kod ugovaranja u porodičnoj medicini.

4.5. Zaključak

Iz izloženog slijedi da su provedene brojne reformske mjere u oblasti primarne zdravstvene zaštite, sa posebnim akcentom na porodičnu medicinu, ali one do sada nisu bile propraćene adekvatnim reformama legislative iz ove oblasti. Za nadati se da ćemo u budućem periodu imati usvojene nove federalne zakone iz oblasti zdravstva, koji će uvesti više reda i u ugovaranje usluga porodične medicine.

Primjena kapitacijskog plaćanja primarne zdravstvene zaštite daje slijedeće efekte:

- nema podsticaja za prekomjerno liječenje,
- može biti podsticaj za nedostatno liječenje ovisno o privlačenju i zadržavanju pacijenata,
- podstiče preusmjeravanje pacijenata na bolničko liječenje, ukoliko se ne ugrade mehanizmi kontrole,
- može povećati broj propisivanih lijekova, ako se ne ugrade potrebni kontrolni mehanizmi i
- iziskuje potrebu za mjerenje kvalitete sigurnosti zdravstvenih usluga.

Bit novih ugovaranja primarne zdravstvene zaštite zasnovan na kapitaciji jeste u listama usluga koje se ugovaraju s nadležnim zavodima zdravstvenog osiguranja: opća medicina, higijensko-epidemiološka zaštita, hitna pomoć, ginekologija, pedijatrija, pneumoftiziologija, stomatologija i naravno porodična medicina. Dobre strane ovih ugovora preciziraju:

- finansiranje zdravstvene promocije i prevencije,
- postojanje financijskih poticaja za kontrolirano upućivanje specijalistima i bolnicama i
- postojanje ostalih usluga za koje se odvojeno plaća (npr. troškovi transporta, održavanja dijalize itd.).

Stoga u novim ugovaranjima zdravstvene zaštite kupci tj. nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja moraju prioritetno insistirati na ugradnji mehanizama kontrole i ograničenja troškova i dodatnih mehanizama poticanja za dodatna plaćanja za nepotrebna slanja pacijenata na više nivoe medicinskog liječenja i sl. Naravno za kvalitetnu primjenu kapitacijskog modela plaćanja zdravstvenih usluga moraju se ispoštovati i određeni uvjeti – kao što su potrebni educirani timovi porodične medicine, medicinsko-tehnička oprema tj. poštovanje utvrđenih normativa i standarda za porodičnu medicinu, cjenovnika zdravstvenih usluga, kolektivnog ugovora iz oblasti zdravstva i sl.

Za provođenje svega gore navedenog, kada je u pitanju porodična medicina, potrebno je stvoriti stabilan finansijski sistem zdravstva koji bi odgovorio zdravstvenim potrebama stanovništva u domenu porodične medicine, a što podrazumjeva pronalaženje novih izvora finansiranja, kao i nužnoj promjeni strukture prihoda zavoda zdravstvenog osiguranja povećavanjem iznosa poreznih prihoda iz budžeta. Efekte zdravstvene reforme osjeća cjelokupno stanovništvo, i to bez odlaganja, čim se reforma provede. Po tome se zdravstvena reforma bitno razlikuje od penzione reforme, čiji su efekti pomaknuti nekoliko desetljeća u budućnost i u određenom će ih trenutku osjetiti samo dio stanovništva. Stoga vlast treba aktivno i znatno pažljivije utjecati na očekivanja stanovništva i interesnih skupina u zdravstvu, nego kad je riječ o penzionoj reformi, a naročito u domenu porodične medicine koja treba biti svima dostupna.

5. Informatička podrška

Za obavljanje zdravstvene djelatnosti, osim kadrova, prostora i opreme, potrebne su i informacije. Informacija je ključni resurs zdravstvene djelatnosti.

Postojeći način korištenja informacija je krajnje neefikasan, jer su zdravstvene informacije, u trenutku kada se koriste, u velikoj mjeri zastarjele.

Općenito govoreći, informacioni sistem koji postoji u zdravstvu u FBiH prije bi se mogao nazvati zdravstveno-statistički informacioni sistem koji je zasnovan na tekućoj registraciji u zdravstvenim ustanovama.

Osim jednim dijelom u Fondovima zdravstvenog osiguranja, ne postoje ni kompjuterizovan informacioni sistem niti kompjuterska mreža.

Zdravstveno-statistički sistem u FBiH je baziran na tekućoj registraciji u zdravstvenim ustanovama. Pravni osnov za ovaj segment se nalazi u *Zakonu o evidencijama iz oblasti zdravstva* (SL.list SFRJ 22/78, 18/88) kojeg je na osnovu *Zakona o preuzimanju saveznih propisa* (Sl.list BiH 2/92 i 13/94) preuzela BiH iz prethodnog perioda.

Stav dobrog dijela zdravstvenih profesionalaca kao i zdravstvenih menadžera prema zdravstvenoj informaciji i njenom značaju je prilično negativan, što bi mogao biti važan razlog slabog funkcionisanja informacionog sistema, kao i nepostojanja zainteresovanosti za razvoj pravog zdravstvenog informacionog sistema zasnovanog na IT.

U modernoj zdravstvenoj zaštiti, usluge karakterišu visok nivo specijalizacije i podjele posla. Istovremeno, potrebe pacijenta zahtijevaju da svi zdravstvni profesionalci imaju pristup relevantnim informacijama (4).

Ocjena kvaliteta rada u porodičnoj medicini, bez odgovarajuće kompjuterizacije, uvijek će biti negativna: skupo, dugotrajno, nepouzdano i sumnjive vrijednosti.

Cilj ovih aktivnosti je definisati arhitekturu aplikativnog softvera koji će olakšati administrativni dio rada članova tima porodične medicine, ali isto tako olakšati i ubrzati i klinički dio rada članova tima.

Treba, dakle, najprije definisati način na koji aplikativni softver mora dati podršku menadžmentu prakse tima porodične medicine.

5.1. Analiza postojećeg stanja

Zdravstveno-statistički sistem u FBiH je baziran na tekućoj registraciji u zdravstvenim ustanovama i sadrži sljedeće korake:

1. popunjavanje kartona (papir),
2. prikupljanje podataka dnevno, mjesečno itd..,
3. zbirni izvještaji.

Obrada podataka se još uvijek velikim dijelom vrši manuelno ili uz upotrebu malog broja kompjutera, i to uglavnom u obradi podataka na nivou zdravstvene ustanove.
Tok podataka postoji samo prema višim nivoima.
Glavna svrha je prikupljati podatke, koji se vrlo malo koriste.

Da bi se izgradio informacioni sistem potrebno je poznavati stvarni sistem. Projektant informacionog sistema zna procese gradnje informacionog sistema, ali ne zna procese stvarnog sistema. Korisnik (uglavnom) zna kakav je njegov stvarni sistem i šta želi, ali ne zna kako do toga doći.
Kad je u pitanju izgradnja softwera, značajan problem predstavlja nedovoljan broj stručnjaka u oblasti zdravstvene informatike, koji su, sa svojim znanjem definisanja karakterisitka i izvora podataka, njihovog toka i odnosa među podacima, neophodni kao članovi tima za izradu softwera. U dosadašnjim pokušajima izrade aplikativnih softvera u zdravstvu, uglavnom je dolazilo do nerazumijevanja između onih koji izrađuju softver (inženjera) i onih koji postavljaju projektni zadatak (zdravstvenih profesionalaca). Izuzetno je mali broj ljudi u zdravstvu koji su u stanju definisati svoje informatičke potrebe i koji su u stanju na inženjerima informatike razumljiv način objasniti svoje potrebe u pogledu izrade aplikacija.

Prosječnih 100 stanovnika u FBiH, prođe 350 puta kroz ambulante porodične medicine ili drugih službi koje treba da zamijeni porodična medicina. Nasuprot tome, samo njih 8 koristi bolničku zdravstvenu zaštitu, a specijalističke konsultacije oko 75.

Dakle, daleko najviše podataka bitnih za uvid u zdravstveno stanje stanovništva, kao i u rad zdravstvenog sistema, proizvodi se u ovim ambulantama. Sa druge strane, ove ambulante apsorbuju i najveći dio podataka koji se «proizvedu» u specijalističkim službama i bolnicama, kroz nalaze specijaliste i otpusnice iz bolnice.

Zbog ovih razloga je najispravnije ozbiljan rad na informatizaciji zdravstvenog sistema započeti upravo u ambulantama porodične medicine, jer se iz podataka koji se ovdje slijevaju može steći uvid i u rad specijalističkih službi i u rad bolnica.

Prema prijedlogu EFMI (Europska federacija za medicinsku informatiku) elektronski medicinski zapis trebao bi imati sljedeće elemente: historija bolesti (anamneza), sadržaj historije bolesti, glavni razlog posjete ljekaru, historija trenutne bolesti, pregled stanja po sistemima, lična anamneza, porodična anamneza, socijalna anamneza.

5.2. Filozofija i arhitektura aplikativnog softvera za porodičnu medicinu kao podrška menadžmentu prakse

5.2.1. Opći principi dizajna

Aplikacija mora osiguirati rad u lokalnoj mreži. Jedan od ključnih principa treba biti korištenje iste baze podataka za sve članove tima, pri čemu se oni međusobno nadopunjavaju.

Aplikacija mora osigurati opciju za pristup na različitim nivoima, definisanje korisnika, "password" (šifru) korisnika, privilegije i prava (koji će omogučiti doktoru da odluči koji pristup može imati sestra i koje podatke sestra može da mijenja, briše, itd.).

Aplikacija mora biti dizajnirana u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka ili drugom zakonskom i podzakonskom regulativom koja uređuje ovu oblast.
Moraju biti definisane procedure za unos podataka, što uključuje i dosljedan sistem šifriranja.
Moraju biti jasno utvrđeni načini za pravljenje rezervnih kopija podataka, provjeru tih kopija i sigurno pohranjivanje više elektronskih kopija sa rezervnim podacima.

Modularnost i sveukupna struktura Aplikacije treba biti jednostavna i omogućiti promjenu procedura inicijalnog manuelnog unošenja podataka sa čisto elektronskim prijemom, obradom i unošenjem podataka sa pristupom ili prenošenjem – ili iz drugih aplikacija postojeće baze podataka ili iz subjekata izvan lokacija kada to bude moguće.

Ovaj opći princip treba biti primjenljiv za sve podatke koje klijent trenutno ima i koji će imati pristup elektronskoj formi u budućnosti. Procedura pristupa ovim podacima treba da bude veoma generična, s ciljem da obuhvati različite forme podataka i transfer (konverziju) podataka u sistem baze podataka.

Pri definisanju načina upravljanja podacima treba da se obezbjede:

- integritet baze podataka
- transakciona obrada podataka
- sigurnost podataka
- zaključavanje podataka
- oporavak baze podataka.

Integritet baze podataka treba omogućiti tačnost, korektnost i konzistentnost podataka.
Aplikativni softver treba omogućiti efikasnu obradu transakcija u bazama podataka.
Sigurnost podataka treba da zaštiti podatke od neovlaštenog korištenja, pri čemu se ovlaštenje korištenjem baze podataka daje korisniku i za različite korisnike se trebaju posebno definisati nivoi prostupa, što uključuje autorizaciju za pristup podacima za čitanje, a posebno autorizaciju za pristup podacima za mijenjanje podataka.
Zaključavanjem podataka treba obezbijediti zaključavanje podataka u momentu postavljanja upita, kako se ne bi desilo da u momentu postavljanja upita od jednog korisnika, drugi korisnik izmijeni podatak.
Softver treba profilirati tako da, u slučaju bilo kakvog otkaza sistema, obezbijedi oporavak baze podataka, tj, povratak baze podataka na stanje prije otkaza sistema.

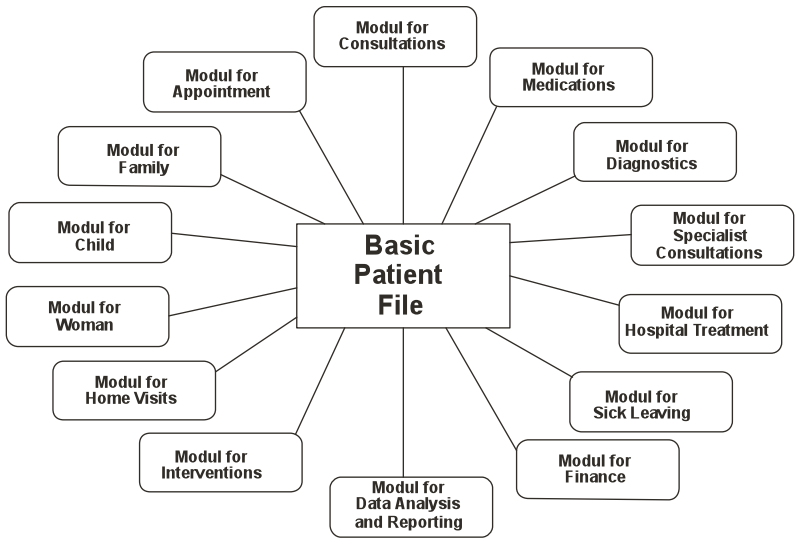
Posebno treba biti projektovan modul za izvještaje koji treba da sadrži mogućnost pravljenja izvještaja korištenjem unaprijed definisanih i standardizovanih formi, ali i da omogući jednostavno kreiranje upita i novih izvještaja prema potrebama korisnika.

5.2.2. Moduli i jedinice softvera

Aplikacija treba da se sastoji od sljedećih modula:

1. Zdravstveni karton pacijenta
2. Modul za protokol i zakazivanje posjeta
3. Modul za konsultacije-pregled u ambulanti
4. Modul za analizu podataka i izvještavanje
5. Modul za bolničko liječenje
6. Modul za dijagnostiku
7. Modul za lijekove
8. Modul za specijalističke konsultacije
9. Modul za bolovanja
10. Modul za intervencije
11. Modul za kućne posjete

12. Modul za zdravlje žena
13. Modul za zdravlje djece
14. Modul za porodicu
15. Modul za računovodstvo i finansije



Zdravstveni karton pacijenta treba da sadrži osnovne podatke o pacijentu kao što su :

- Opći podaci
  - prezime
  - ime
  - ime jednog ili oba roditelja
  - matični broj (JMBG)
  -
  -
- Podaci o zdravstvenom osiguranju
  - zavod zdravstvenog osiguranja
  - vrsta zdravstvenog osiguranja
  -
  -
- Podaci o zdravstvenom stanju
  - krvna grupa i Rh-faktor
  - alergije
  - posebne hronične bolesti (dijabetes, srčana oboljenja, tumori i sl.)
  -
  -

Modul za protokol i zakazivanje posjeta bi, u stvari, trebao biti modul za planiranje posjeta, što uključuje planiranje posjeta pacijenta ordinaciji, ali i posjeta članova tima pacijentu kod kuće ili u bolnici.
Ovaj modul takođe treba da evidentira sve realizovane posjete i izvršene usluge tima porodične medicine (protokol rada), odakle bi se vršilo generisanje dijela izvještaja o radu koji se tiču izvršenih usluga – što kod određenih usluga treba biti povezano sa modulom za računovodstvo i finansije zbog fakturisanja.

Modul za konsultacije-pregled u ambulanti treba da omogući evidentiranje osnovnih razloga za posjetu, evidentiranje radne ili konačne dijagnoze, propisivanje terapije, pisanje uputnica specijalisti, u bolnicu ili u laboratorij. U ovom modulu doktor treba imati mogućnost definisati zadatak za terensku-patronažnu sestru, kao i za sestru u ambulanti.
Dio ovog modula treba biti dostupan terenskoj-patronažnoj sestri, kako bi mogla evidentirati informacije sa svoje kućne posjete.
Dio ovog modula treba biti dostupan i sestri u ambulanti, kako bi mogla unijeti podatke koje ona dobije nekim intervencijama koje obavi prije prijema pacijenta kod porodičnog doktora (npr. tjelesna težina, vrijednost ŠUK-a, vrijednost krvnog pritiska, tjelesna temperatura i sl.).
Dio ovog modula treba omogućiti ispis osnovnih podataka koje, u klasičnom «papirnom» kartonu upisuje doktor prilikom posjete pacijenta. Ovaj ispis (isprint) na papiru bi se, nakon ovjere od strane doktora, trebao odložiti u papirnu formu zdravstvenog kartona. Ovim bi se zadovoljila zakonska forma čuvanja medicinske dokumentacije, te omogućio potpun uvid u sve informacije u slučaju nefunkcioniranja kompjutera.

Modul za analizu podataka i izvještavanje treba omogućiti analizu svih podataka u bazi podataka, kao i automatsko generiranje određenog seta izvještaja.
Ovaj modul također treba služiti i u svrhu praćenja pacijenta. Analiza podataka treba biti uporediva sa prepoznatim vodičima prakse za određeni profil rizika.

Modul za bolničko liječenje treba da omogući doktoru porodične medicine da ima uvid u bolničko liječenje njegovog pacijenta. U ovom modulu se evidentiraju uputnice u bolnicu, kao i informacije da li je pacijent na bolničkom liječenju, u kojoj bolnici, na kojem odjeljenju, pod kojom dijagnozom i slično, kao i zapažanja doktora ili medicinske sestre sa posjeta u bolnici. Ovdje se takođe evidentiraju i otpusna pisma iz bolnice sa svim podacima. U ovom modulu treba biti definisana forma otpusnog pisma koja je komplementarna onoj iz bolnice. U ovom modulu treba predvidjeti mogućnost primanja otpusnih pisama iz bolnice u elektronskoj formi, sa automatskim unosom podataka u bazu.

Modul za dijagnostiku treba da omogući evidentiranje nađenih nalaza (laboratorijskih, rtg, uzv, EKG i sl) i upoređivanje sa referentnim vrijednostima, uz mogućnost uporednog prikazivanja vrijednosti nalaza za istog pacijenta kroz određeni vremenski period.

Modul za lijekove treba omogućiti ispis recepata sa automatskim evidentiranjem svih podataka sa recepta, kao i praćenje potrošnje lijekova (po vrstama i po troškovima). Ovaj modul takođe treba da sadrži mogućnost praćenja trajanja perioda za koji je propisan određeni lijek, posebno kod hronične terapije), kako bi se mogla planirati potreba za propisivanjem sljedeće doze lijeka. Ovaj modul takođe treba da prati povezanost terapije propisane u nalazu specijaliste ili u otpusnom pismu uz bolnice sa propisanim receptima.

Modul za specijalističke konsultacije treba da omogući doktoru porodične medicine da ima uvid u posjete pacijenata pojedinim specijalistima-konsultantima. U ovom modulu se evidentiraju nalazi specijaliste (sa opisom, dijagnozom, terapijom). U ovom modulu treba predvidjeti mogućnost primanja nalaza specijaliste u elektronskoj formi, sa automatskim unosom podataka u bazu.

Modul za bolovanja treba da omogući evidenciju bolovanja u skladu sa zakonskim propisima, te ispis ORS obrazaca.

Modul za intervencije bi trebao pratiti rad u intervenciji, i to kako intervencije medicinske sestre, tako i intervencije doktora. Takođe reba da prati stanje i potrošnju parenteralnih lijekova i sanitetskog materijala u ambulanti.

Modul za terenski rad treba najvećim dijelom olakšati rad terenskoj-patronažnoj sestri, ali naravno i kućne posjete doktora. Ovaj modul isto tako treba omogućiti odgovarajuću komunikaciju između terenske-patronažne sestre i doktora. Putem ovog modula doktor treba davati zadatke terenskoj-patronažnoj sestri, kao i primati od nje relevantne informacije o stanju na terenu. Ovaj modul treba biti povezan sa većinom drugih modula, kako bi terenskoj-patronažnoj sestri omogućio maksimalan broj potrebnih informacija (vrsta i termin terapije, protokol i plan posjeta, dijagoza, pacijent u bolnici, trudnica, porodilja, termin vakcinacije i sl.).

Modul za zdravlje žena predstavlja, u stvari, dodatak za osnovni karton pacijenta sa odgovarajućim podacima specifičnim za zdravlje žene. Ovaj modul treba omogućiti praćenje trudnoće, kao i postpartalnog oporavka. U ovom modulu treba omogućiti buduće povezivanje sa dispanzerom za žene i ginekološko-akušerskim odjelom bolnice, kako bi se podaci bitni

za zdravlje žene mogli dobijati elektronskim putem. Ovaj modul treba omogućiti praćenje, a ne vođenje trudnoće. Trudnoću bi i dalje vodio ginekolog iz dispanzera, ali bi tim porodične medicine imao sve potrebne podatke o toku trudnoće, te sa svoje strane dao podršku ginekološkom timu.

Modul za zdravlje djece predstavlja, ustvari, dodatak za osnovni karton pacijenta sa odgovarajućim podacima specifičnim za zdravlje djeteta. Ovaj modul treba da sadrži i dio za praćenje vakcinacije, kao i dio za praćenje rasta i razvoja djeteta. Modul bi takođe mogao sadržavati druge podatke bitne za ukupno zdravlje i psihofizički razvoj djeteta (npr. podaci o uspjehu u školi, bavljenju sportom…). Modul bi obuhvatio svu djecu do završetka školovanja (19. godina), te bi trebao sadržavati i praćenje odsustvovanja iz škole (opravdanja).

Modul za porodicu treba sadržavati informacije koje se tiču porodice. Neki od tih podataka će biti u osnovnom kartonu pacijenta, ali ovdje bi bili podaci bitni za porodičnu anamnezu, stanje u porodici (uslovi stanovanja, ekonomski status, odnosi u porodici, bolesti u porodici, bolesti u široj porodici…).

Modul za računovodstvo i finansije bi trebao predstavljati jedan od integrirajućih modula, koji veliki broj podataka iz drugih modula obrađuje u ekonomskom i računovodstvenom smislu. Ovaj modul treba omogućiti doktoru, ali i menadžmentu doma zdravlja i fonda zdravstvenog osiguranja, uvid u prihode i rashode tima, zadovoljenje osnovnih zakonskih normi u vezi računovodstva i knjigovodstva, kao i eventualno fakturisanje izvršenih usluga. Takođe bi trebao pratiti naplaćivanje participacije, sadržavajući mogućnost automatskog određivanja potrebe naplaćivanja participacije, kao i njenog iznosa, za šta treba predvidjeti u ostalim modulima relevantne podatke za ovakvu odluku.

5.2.3. Pristupanje aplikaciji

Pristup ovim modulima trebaju imati sva tri člana tima porodične medicine (porodični doktor, patronažna sestra i sestra u ambulanti), i to tako da svako radi svoj dio posla u svim modulima.
Zbog toga ne treba razvijati poseban modul za patronažnu sestru, jer će ona definisanim nivoom i ovlaštenjima pristupa moći pristupiti većini modula i čitati potrebne informacije, kao i unositi ih.

Osnovna svrha aplikativnog softvera u porodičnoj medicini treba biti omogućavanje članovima tima porodične medicine da izvršavaju svoje

svakodnevne zadatke na što lakši način: ne samo da im skrati vrijeme potrebno za tzv. administrativni dio posla, nego da im otvori mogućnost kvalitetnijeg praćenja i bolji menadžment prakse.
Softver treba biti projektovan tako da poveže rad članova tima, onemogući dupliranje poslova, te omogući adekvatno međusobno nadopunjavanje u ispunjenju zajedničkog cilja i zadatka.
Ovaj softver, pored svih olakšanja, treba da omogući pojedinim članovima tima porodične medicine preuzimanje novih uloga i međusobno nadopunjavanje.

Medicinska sestra u ambulanti uz pomoć ovog softvera može obavljati sljedeće zadatke:

- Po dolasku pacijenta u ambulantu provjeriti planirani termin posjete, te otvariti elektronski karton pacijenta.
- U svom modulu, unijeti osnovni razlog posjete.
- Upisati podatke iz eventualnog nalaza laboratorija ili nalaza specijaliste ili otpusnice iz bolnice.
- Ako je potrebno, pacijenta pripremiti za pregled kod ljekara (izmjeriti pritisak, vrijednost ŠUK-a, snimiti EKG i slično).
- Najaviti (elektronskim putem) ljekaru pacijenta.
- Po završetku pregleda kod doktora, medicinska sestra će provjeriti nalog doktora, izvršiti ga, zatim preuzeti papirni karton pacijenta i odložiti ga u arhivu, a eventualne recepte ili uputnice ovjeriti pečatom, te ih dati pacijentu.
- Prilikom telefonskog razgovora sa pacijentom ili članom porodice, medicinska sestra može otvoriti karton pacijenta i imati na raspolaganju osnovne podatke koji mogu biti od pomoći pri odlučivanju u trijaži.

Čekanje u ordinaciji na prijem kod ljekara vrlo često stvara nervozu kod pacijenata. Uz upotrebu ovakvog softvera, pacijent se kod dolaska u ordinaciju već osjeća primljenim – jer sestra na kartoteci uzima od njega određene podatke, unosi ih u računar, te provodi drugu vrstu pripreme (mjerenje pritiska i slično). Umješna medicinska sestra, ako je to potrebno, može ovaj prijem „razvući“ toliko dugo dok doktor ne bude mogao primiti pacijenta. To kod pacijenta stvara dojam da mu se posvećuje mnogo više pažnje i vremena. S obzirom da medicinska sestra na kartoteci neće više raditi ručno upisivanje velikog broja podataka na recepte, uputnice, protokole, evidencije, imaće mogućnost da se bavi nekim drugim poslovima koji su bliže medicinskim nego administrativnim.

Tabela 13: Rad medicinske sestre na kartoteci

Rad **sa** kompjuterom i odgovarajućim aplikativnim softverom	Rad **bez** kompjutera i odgovarajućeg aplikativnog softvera
Po dolasku pacijenta u ambulantu provjeriti planirani termin posjete, te otvariti elektronski karton pacijenta i pronaći karton pacijenta	Po dolasku pacijenta u ambulantu provjeriti planirani termin posjete, te pronaći karton pacijenta
U svom modulu unijeti osnovni razlog posjete	
Upisati podatke iz eventualnog nalaza laboratorija ili nalaza specijaliste ili otpusnice iz bolnice.	
Ako je potrebno, pacijenta pripremiti za pregled kod ljekara (izmjeriti pritisak, vrijednost ŠUK-a, snimiti EKG i sl.), pri čemu su unesene vrijednosti odmah dostupne ljekaru.	
Najaviti (elektronskim putem) ljekaru pacijenta	Najaviti pacijenta ljekaru unošenjem kartona u ordinaciju.
Po završetku pregleda kod doktora, medicinska sestra će provjeriti nalog doktora, izvršiti ga, zatim preuzeti papirni karton pacijenta i odložiti ga u arhivu, a eventualne recepte ili uputnice ovjeriti pečatom, te dati ih pacijentu. Svi podaci su automatski evidentirani u bazi, iz čega će se automatski generirati i izvještaji.	Po završetku pregleda kod doktora, medicinska sestra će u eventualne recepte ili uputnice ručno upisati potrebne podatke, unijeti potrebne podatke o receptima i uputnicama u određene protokole (radi izrade izvještaja), ovjeriti ih pečatom, te ih dati pacijentu.
Prilikom telefonskog razgovora sa pacijentom ili članom porodice, medicinska sestra može otvoriti karton pacijenta i imati na raspolaganju osnovne podatke koji mogu biti od pomoći pri odlučivanju u trijaži.	Prilikom telefonskog razgovora sa pacijentom ili članom porodice, medicinska sestra nema dostupne podatke o pacijentu i oslonjena je na podatke koje joj daje pacijent i na svoje eventualno sjećanje o pacijentovom stanju.

U dosadašnjem radu, medicinska sestra na kartoteci je trošila najveći dio svog radnog vremena na ispunjavanje određeneih podataka u raznim formularima (uputnice, recepti, doznake, protokol), te na pravljenje dnevnih i periodičnih izvještaja. Kompjuterskim vođenjem ovih poslova oslobađa se vrijeme koje medicinska sestra može utrošiti na komunikaciju sa pacijentom, obavljanje određenih aktivnosti koje je do sada obavljao doktor (upisivanje nalaza i otpusnih pisama, mjerenje pritiska), što daje dodatni prostor doktoru da se može više posvetiti komunikaciji sa pacijentom te pregledu. Ovim medicinska sestra takođe dobija prostor da jednim dijelom može raditi i na savjetovanju pacijenta.

Porodični doktor u ambulanti uz pomoć ovog softvera može obavljati sljedeće zadatke:

- Prije ulaska pacijenta može imati uvid u elektronski karton pacijenta sa najnovijim podacima (koje je prethodno uvela medicinska sestra), bez potrebe da upisuje podatke sa nalaza laboratorija, nalaza specijaliste i otpusnih pisama iz bolnice.
- Nakon obavljenog razgovora i pregleda, unijeti potrebne podatke u karton dnevne posjete.
- Isticanjem određenih važnih podataka vidljivo na ekranu, softver će omogućiti doktoru uvid u važne informacije o pacijentu (alergije, riziko faktori), te eliminisati potrebu ponovnog provjeravanja.
- Upisati radnu i/ili konačnu dijagnozu.
- Upisati terapiju.
- Propisati lijekove i isprintati recepte.
- Napisati i isprintati uputnice.
- Dati zadatke za medicinsku sestru u ambulanti, kao i za patronažnu-terensku sestru.

Doktor ništa ne upisuje u papirni karton pacijenta, nego isprinta na papiru promjene za posjetu u ordinaciji na formularu koji se ulaže u karton. Ovaj isprint sadrži sve podatke o posjeti.
Ovakav isprintani „izvještaj“ doktor će ovjeriti svojim faksimilom, potpisati i uložiti u papirni oblik kartona, što obezbjeđuje zaštitu i čuvanje svih relevantnih podataka i u papirnoj formi (pored zaštite u više kopija u elektronskoj formi).

Tabela 14: Rad doktora porodične medicine:

Rad **sa** kompjuterom i odgovarajućim aplikativnim softverom	Rad **bez** kompjutera i odgovarajućeg aplikativnog softvera
Prije ulaska pacijenta može imati uvid u elektronski karton pacijenta sa najnovijim podacima (koje je prethodno unijela medicinska sestra), bez potrebe da upisuje podatke sa nalaza laboratorija, nalaza specijaliste i otpusnih pisama iz bolnice. Odmah od ulaska pacijenta u ordinaciju može imati sa njim kontakt očima.	Prije ulaska pacijenta u ordinaciju ema uvid u najnovije podatke (nalazi i .). Upisuje određene podatke iz alaza specijaliste, laboratorija ili iz pusnog pisma. Tokom ovog upisivanja doktor nema sa pacijentom kontakt očima, što doktora u očima pacijenta stavlja u poziciju prepisivača nalaza (umanjuje njegovu vrijednost u odnosu na specijalistu).
Nakon obavljenog razgovora i pregleda, unijeti potrebne podatke u elektronski karton dnevne posjete, uglavnom izborom ponuđenih opcija.	Nakon obavljenog razgovora i pregleda, unijeti potrebne podatke u papirni karton dnevne posjete. Ovaj upis traje duže ili se upisuje manje podataka.

Isticanjem određenih važnih podataka vidljivo na ekranu, softver će omogućiti doktoru uvid u važne informacije o pacijentu (alergije, riziko faktori), te eliminisati potrebu ponovnog provjeravanja.	Često mora ponovno provjeravati informacije o alergijama i riziko faktorima.
Upisati radnu i/ili konačnu dijagnozu izborom ponuđenih opcija	Upisati radnu ili konačnu dijagnozu
Upisati terapiju, izborom ponuđenih opcija	Upisati terapiju u karton
Propisati lijekove izborom ponuđenih opcija i isprintati recepte	Propisati recepte
Napisati izborom ponuđenih opcija i isprintati uputnice.	Napisati uputnice.
Dati zadatke za medicinsku sestru u ambulanti, kao i za patronažnu sestru, bez potrebe da se sa njima posebno vidi ili održi sastanke.	Zadatke medicinskoj ili patronažnoj sestri može dati jedino ako se sa njima susretne.
Ima automatski uvid u finansijske efekte svog rada (npr. potrošnju lijekova).	Nema uopće uvida u finansijske efekte svog rada.

U komunikaciji sa pacijentom neke informacije mogu biti izuzetno važne za sticanje povjerenja pacijenta. Takve informacije doktor može zabilježiti u karton i iskoristiti ih u toku razgovora sa pacijentom, (npr. razgovarati sa pacijentom o djeci spominjući ih po imenima, ili podsjetiti ga na neki drugi detalj), što može pacijenta fascinirati i olakšati doktoru sticanje povjerenja i bliskosti. Ovo je posebno važno u početku rada ambulante, kada doktor lično slabo poznaje pacijente.

S obzirom da je potrošnja lijekova značajna stavka u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji, te da predstavlja jedan od mogućih razloga za stimulativno nagrađivanje porodičnog doktora, ovaj softver treba omogućiti doktoru direktan uvid u potrošnju lijekova sa esencijalne liste iskazanu u novčanom iznosu.

5.2.4. Klijent-server koncept

Softver treba biti projektovan tako da radi najmanje na dva kompjutera u ambulanti, od kojih je jedan kod medicinske sestre na kartoteci, a drugi kod doktora u ordinaciji. Kompjuteri trebaju biti umreženi, a aplikativni softver treba raditi na bazi podataka koja se nalazi samo na jednom od ova dva računara, što će spriječiti mogućnost istovremenog pristupa istom kartonu, kao i probleme kod ažuriranja podataka. U ovakvoj mreži jedan računar ima funkciju servera i klijenta, a drugi računar samo klijenta. Ovo je iz razloga uštede, s obzirom da sadašnji računari mogu bez ikakvog problema obavljati obje funkcije. Na drugom računaru može biti *backup* baze podataka. Pristup bazi podataka treba biti omogućen sa

oba računara (ili u slučaju dvije ordinacije u jednoj ambulanti, bazi podataka treba se moći pristupiti sa sva tri računara). Ovlaštenje za pristup podacima i nivo pristupa se definiše za svakog od korisnika.
Printer može biti kod doktora i na njemu se štampaju recepti, uputnice, kao i list koji se odlaže u papirnu formu kartona pacijenta. Ovim se izbjegava dvostruko evidentiranje (elektronsko i papirno), a zadovoljena je forma zakonske zaštite podataka, jer su svi osnovni podaci i u papirnoj formi u kartonu pacijenta.

Za pacijente koji ne pripadaju odgovarajućem porodičnom doktoru (nisu kod njega registrovani), obrada se može vršiti na elektronskom obliku protokola pacijenata, kojeg se može isprintati i odložiti u papirnoj formi.

Pristup kao i nivoi pristupa podacima mogu biti definisani za svakog člana tima. U slučaju da određenog člana tima, zbog odsustva, mijenja drugi zdravstveni profesionalac, njemu se mora dozvoliti pristup svim podacima, kao i profesionalcu kojeg mijenja. S obzirom da on radi sa istim pacijentima i isti posao te ima iste obaveze, daje mu se privremeni pristup (*password*) sa ograničenim vremenom trajanja, koliko traje zamjena.

Softwerski treba postaviti mogućnost upoređivanja nekih parametara koji mogu biti pokazatelji kvaliteta rada: razlika između uputne i povratne dijagnoze u bolnicu ili specijalisti, broj ponovljenih posjeta za isti problem, broj pacijenata pod kontinuiranim monitoringom, broj osoba sa visokim rizikom za obolijevanje pod kontinuiranim monitoringom, povezanost propisane terapije sa postavljenim radnim i konačnim dijagnozama i sl.

5.2.5. Uvezivanje baza podataka

Baze podataka o pacijentima iz svake ambulante se trebaju kopirati u centralnu bazu podataka na centralnom serveru u domu zdravlja. Ovoj bazi podataka (dijelu podataka zavisno od ovlaštenja za pristup i mijenjanje podataka) može se pristupiti i iz druge ambulante ili druge službe u domu zdravlja. Naprimjer, ako pacijent iz jedne ambulante, izvan njenog radnog vremena zatraži pomoć u Službi hitne pomoći, doktor u Službi hitne pomoći treba imati pristup određenom setu podataka o pacijentu, a koji se nalaze u kopiji osnovne baze podataka na glavnom serveru doma zdravlja. Ti podaci se mogu odnositi npr na alergije, oboljenja, vakcinacije, lijekove koje troši i slično, što doktoru može pomoći u donošenju odluke. On treba isto tako putem modula hitne medicinske

pomoći upisati podatke o nađenom stanju kod dotičnog pacijenta, kao i intervencije koje je poduzeo. Ti novi podaci se upisuju u kopiju baze podataka na centralnom serveru u domu zdravlja.
Slično je i sa podacima o laboratorijskim analizama, koje se u laboratoriju putem modula laboratorijske dijagnostike upisuju u kopiju baze podataka na centralnom serveru u domu zdravlja.

Podaci na osnovnoj bazi podataka u ambulanti, gdje se nalaze izvorni podaci o registrovanom pacijentu, u određenom vremenskom periodu se ažuriraju (sinhronizuju) sa podacima na kopiji baze podataka na centralnom serveru u domu zdravlja. Na taj način se sve promjene u bazi podataka u ambulanti kopiraju u kopiju baze na centralnom serveru doma zdravlja, kao i obratno.

Zašto se ne bi sistem postavio tako da imamo samo jednu centralnu bazu podataka na centralnom serveru doma zdravlja, ili kantona (ili web serveru), kojoj onda svi pristupaju u skladu sa svojim ovlaštenjima za pristup podacima?

Osnovni razlog za odbacivanje ovakvog pristupa jeste u tome što bi, u slučaju pada sistema, onemogućio rad svih ambulanti jer klijenti (doktori i sestre u ambulantama) ne bi mogli pristupiti podacima.

Na način kako je predloženo, da operativna baza podataka bude lokalno koncipirana (u ambulanti), i u slučaju pada sistema na centralnom serveru bilo bi moguće raditi u ambulanti, dok bi se ažuriranje podataka u centralnoj bazi podataka obavilo kasnije, nakon što se ponovno sistem sa centralnim serverom podigne.

5.2.6. Zaključak

S obzirom da najveći broj pacijenata u zdravstvenom sistemu prolazi kroz ambulante porodične ili opće medicine, ovdje se proizvodi daleko najviše podataka bitnih za uvid u zdravstveno stanje stanovništva, kao i u rad zdravstvenog sistema. S druge strane, ove ambulante apsorbuju i najveći dio podataka koji se «proizvedu» u specijalističkim službama i bolnicama, kroz nalaze specijaliste i otpusnice iz bolnice.
Zbog ovih razloga je najispravnije ozbiljan rad na informatizaciji zdravstvenog sistema započeti upravo u ambulantama porodične medicine, jer se iz podataka koji se ovdje slijevaju može steći uvid i u rad specijalističkih službi i u rad bolnica.

Aplikativni softver za porodičnu medicinu mora osiguirati rad u lokalnoj mreži. Jedan od ključnih principa treba biti korištenje iste baze

podataka za sve članove tima, pri čemu se oni međusobno nadopunjavaju.

Modularnost i sveukupna struktura Aplikacije treba biti jednostavna i omogućiti promjenu procedura inicijalnog manuelnog unošenja podataka čisto elektronskim prijemom, obradom i unošenjem podataka, sa pristupom ili prenošenjem – iz drugih aplikacija postojeće baze podataka ili iz subjekata izvan lokacija, kada to bude moguće.
Ovaj opći princip treba biti primjenljiv za sve podatke koje klijent trenutno ima i koji će imati pristup elektronskoj formi u budućnosti.

Osnovna svrha aplikativnog softvera u porodičnoj medicini treba da bude omogućavanje članovima tima porodične medicine da izvršavaju svoje svakodnevne zadatke na što lakši način; ne samo da im skrati vrijeme potrebno za tzv. administrativni dio posla, nego da im otvori mogućnost kvalitetnijeg praćenja i bolji menadžment prakse.
Softver treba biti projektovan tako da poveže rad članova tima, onemogući dupliranje poslova, te omogući adekvatno međusobno nadopunjavanje u ispunjenju zajedničkog cilja i zadatka.
Ovaj softver, pored svih olakšanja, treba da omogući pojedinim članovima tima porodične medicine preuzimanje novih uloga i međusobno nadopunjavanje.

U dosadašnjem radu medicinska sestra na kartoteci je trošila najveći dio svog radnog vremena na ispunjavanje određeneih podataka u raznim formularima (uputnice, recepti, doznake, protokol), te na pravljenje dnevnih i periodičnih izvještaja. Kompjuterskim vođenjem ovih poslova oslobađa se vrijeme koje medicinska sestra može utrošiti na komunikaciju sa pacijentom, obavljanje određenih aktivnosti koje je do sada obavljao doktor (upisivanje nalaza i otpusnih pisama, mjerenje pritiska), što daje dodatni prostor doktoru da se može više posvetiti komunikaciji sa pacijentom te pregledu.

To bi ukupno trebalo rezultirati kvalitetnijom zdravstvenom zaštitom na ovom nivou, većim zadovoljstvom pacijenata i zdravstvenih profesionalaca, kao i boljim ekonomskim efektima.

LITERATURA

- Hrabač, B.: *Evaluacija reforme zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u odnosu na evropske zemlje*, Sarajevo, 1997., 98 str.
- Žarković, G., Hrabač, B., i Nakaš, B.: *Zdravstvena politika i upravljanje nacionalnim sistemima zaštite zdravlja sa posebnim osvrtom na probleme bivših socijalističkih zemalja*, Sarajevo, 1999., 312 str.
- World Health Organization: *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996., 289 pp.
- Dunning, A.J., et al.: *Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care*, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk, Netherlands, 1992., 160 pp.
- Normand, C., and Weber,A.: *Social Health Insurance. A Guidebook for Planning*, World Health Organization and International Labour Office, Geneva, 1994., 136 pp.
- Roberts, M., et al.: *Getting Health Reform Right*, The World Bank Institute and Harvard School of Public Health, Washington, 2001., 303 pp.
- Badura, B., and Kickbusch, I.: *Health Promotion Research towards a new Social Epidemiology*, WHO Regional Publications, European Series, No.37, 1991., 496 pp. (ISBN 92 890 1128 9)
- Janovsky, K.: *Health Policy and Systems Development. An Agenda for Research*, World Health Organization, Geneva, 1996., 245 pp.
- Holland, W., and Mossialos,E.: *Public Health Policies in the European Union*, Ashgate, UK, 1999., 398 pp.
- Hrabač, B. i sar.: *Strateški plan za reformu i rekonstrukciju zdravstva u F BiH*, Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 2000., 125 str.
- Hrabač, B., i Gabany, M.: *Odabrani dokumenti iz reforme finansiranja zdravstva u F BiH* i RS. EC/BiH/99/032: *Technical Assistance in Health Care Reform – Federation of B&H and Rep.Srpska*, *June 2000 – February 2002.*, GVG, Sarajevo, 2002., 251 str.
- Mossialos,E., Dixon,A., Figueras,J., Kutzin,J.: *Funding Health Care: Options for Europe,* European Observatory on Health Care Systems Series, World Health Organization, 2002., 309 pp.
- Tragakes, E., and Vienonen, M.: *Key Issues in Rationing and Priority Setting for Health Care Services*, WHO Regional Office for Europe, 1998., 47 pp.
- Hrabač, B., i sar.: *Politika i strategija reforme finansiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine*, Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 1998., 99 str.

- Ensor, T.: *Future Health Care Options. Funding Health Care*, University of York, The Institute of Health Services Management, 1993., 79 pp.
- Eldar Reuben: *Vrsnoća medicinske skrbi. Osnovni pojmovi i primjena u praksi*, Medicinska naklada Zagreb, 2003., 85 str.
- Cucić, V., i sar.: *Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti*, Medicinski fakultet, Beograd, 2000., 176 str. (ISBN 86-7117-053-5)
- Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH (AKAZ): *Akreditacijski standardi za dom zdravlja*, Sarajevo, Avicena d.o.o., 2005., 222 str.
- Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH (AKAZ): *Akreditacijski standardi za timove obiteljske medicine*, Sarajevo, Avicena d.o.o., 2005., 107 str.
- Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH (AKAZ): *Akreditacijski standardi za bolnice*, Sarajevo, Avicena d.o.o., 2005., 414 str.
- Abramson, J.H., and Abramson,Z.H.: *Survey Methods in Community Medicine. (Epidemiological Research. Programme Evaluation. Clinical Trials.*), Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999., 419 pp. (ISBN 0443 061 637)
- Kendić, S., i sar.: *Patronažna zdravstvena zaštita*, Univerzitetski udžbenik, Bihać, 2005., 293 str. (ISBN 9958-9269-2-X)
- Mojsović, Z. i sar.: *Zdravstvena njega u patronaži*, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 1998., 237 str.
- Federalno ministarstvo zdravstva: *Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u periodu od 2008. do 2018.godine*, Sarajevo, april 2008. godine, 69 str.
- Wienke G.W. Boerma: *Profiles of General Practice in Europe*, NIVEL, 2003.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: *Pravilnik o načinu ostvarivanja prava osiguranih osoba hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite*, 2004.
- Guj M.H. Jepson; *How do Primary Health Care Systems Compare Across Western Europe?*, The Pharmaceutical Journal (vol 267), 2001.
- A. Windak, M. Chawla, P. Berman, M. Kulis; *Contracting Family Practice in Krakow*: *Early Experience*, 1997.
- Hrabač, B. Huseinagić S."Outline of future payment system in family medicine in the Federation of Bosnia and Herzegovina" ; Periodicum biologorum Zagreb VOL.105, No 1, 87-91, 2003.
- Huseinagić S. "Mogućnosti uspostavljanja integrisanog kompjuterizovanog zdravstvenog informacionog sistema na kantonalnom nivou" MEDICINSKI ARHIV 53/3, Sarajevo, 1999.

- Prnjavorac B, Huseinagić S. ”Uspostavljanje kontrole kvaliteta u sistemu zdravstvene zaštite”; Med Arh. 2004. ;58:98-9 15137216
- Hrabač B, Huseinagić S. “Politics and strategy of privatization in health care system of Bosnia & Herzegovina. Private practice or private property?”; Med Arh. 2008;62(1):49-52.
- Sivic S, Tandir S, Huseinagic S, Žunić L, “Procjena efikasnosti upotrebe hematološkog laboratorija u ambulanti porodične medicine u Zenici”; Med Arh. 2007;61(4):215-217.

UGOVARANJE

U PORODIČNOJ MEDICINI

PRILOZI

Prilog 1

Tekst ugovora
između Zavoda zdravstvenog osiguranja i Doma zdravlja

Na osnovu člana 42. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. novine Federacije BiH broj 29/97) i člana 37. i 38. Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. novine Federacije BiH broj 30/97 i 7/02) .

J.U. Dom zdravlja _____, kojeg zastupa direktor dr. _____ (u daljem tekstu: Dom zdravlja)
i
Zavod zdravstvenog osiguranja _____ kantona, kojeg zastupa direktor _____ (u daljem tekstu : Zavod),

zaključuju

UGOVOR
o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine

Opće odredbe

Član 1.

Ovim ugovorom regulišu se međusobna prava i obaveze ugovornih strana u vezi pružanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine u _____ godini.
Ugovorne strane izjavljuju da su se usaglasile o sljedećem:

1. Vrsti i obimu zdravstvenih usluga iz porodične medicine koje su predmet ovog ugovora;
2. Strukturi tima porodične medicine;
3. Djelokrugu rada tima porodične medicine, odgovornosti ugovornog porodičnog doktora medicine (u daljem tekstu: porodični doktor) i tima porodične medicine u pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora;
4. Početku obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
5. Mjestu obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
6. Načinu obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
7. Visini naknade koju Zavod osigurava za obavljanje zdravstvenih usluga iz porodične medicine, te metodi obračunavanja i plaćanja naknade;
8. Rokovima i načinu plaćanja ugovorene mjesečne naknade, odnosno prosječne vrijednosti tima porodične medicine;
9. Osiguranju potrebne infrastrukture za rad tima porodične medicine;
10. Potrebnoj dokumentaciji za praćenje izvršenja djelatnosti, kao i rokovima dostave dokumentacije;
11. Nadzoru i kontroli nad provođenjem odredbi ovog ugovora;
12. Načinu, uslovima i postupku za raskid ugovora;
13. Ostalima pravima i obavezama.

Član 2.

Dom zdravlja se obavezuje da će u potpunosti provoditi mjere primarne zdravstvene zastite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, međudržavnim ugovorima o zdravstvenom osiguranju, ostalim odgovarajućim zakonima, te općim aktima Zavoda.

Član 3.

Ugovorne strane su saglasne da se registracija osiguranih lica sa područja općine _____ provede u skladu sa Uputstvom za registraciju pacijenata za ambulante porodične medicine.
Dom zdravlja se obavezuje da u suradnji sa Zavodom obezbijedi registraciju osiguranih lica na definisanom području.

Član 4.

Dom zdravlja se obavezuje da osigura pružanje zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora organizovanjem timova porodične medicine, odnosno pojedinačnim ugovaranjem sa doktorima porodične medicine u javnom i privatnom sektoru.

Poseban ugovor iz stava 1. ovog člana Dom zdravlja će zaključiti sa uposlenikom Doma zdravlja, nosiocem tima porodične medicine, odnosno sa doktorom porodične medicine nosiocem privatne prakse.

Zaključivanjem posebnih ugovora iz prethodnog stava nosioci timova porodične medicine stiču naziv "ugovornog porodičnog doktora" i sva prava i obaveze koje proističu iz tog naziva.

Tim porodične medicine će odgovoriti na sve zahtjeve osiguranih lica iz domena porodične medicine za koje je kompetentan.

Član 5.

Privatna praksa ugovornog porodičnog doktora će raditi na neprofitnom principu.

Član 6.

Dom zdravlja se obavezuje da će osigurati ugovornom porodičnom doktoru nesmetano korištenje ordinacije porodične medicine zajedno sa pripadajućom medicinsko-tehničkom opremom.

Ugovorni porodični doktor nosilac privatne prakse može svoju djelatnost iz ovog ugovora obavljati u ambulanti koju iznajmi od Doma zdravlja, ili u vlastitom prostoru, uz ispunjavanje svih utvrđenih uslova iz propisa o privatnoj praksi u dijelu porodične medicine, a što se dokazuje rješenjem nadležnog kantonalnog ministarstva zdravstva o odobravanju rada – privatne prakse za porodičnu medicinu.

Dom zdravlja se obavezuje da će osigurati ugovornom porodičnom doktoru redovno snabdijevanje lijekovima, sanitetskim materijalom, kao i obrascima koji su u upotrebi u ambulanti PM, a što pada na teret sredstava koja se obračunavaju kao prihod tima porodične medicine po osnovu kapitacije.

Član 7.

Dom zdravlja se obvezuje da će putem ugovornog porodičnog doktora osigurati optimalan pristup ordinaciji porodične medicine utvrđivanjem rasporeda radnog vremena.

Puno radno vrijeme tima podrazumijeva registraciju 2000 osiguranih lica. Radno vrijeme timova koji imaju manji broj registrovanih lica se utvrđuje srazmjerno broju registrovanih osiguranih lica.

Dom zdravlja je dužan na vratima ordinacije porodične medicine istaći raspored radnog vremena.

Ukoliko postoji potreba obavljanja pojedinih zdravstvenih usluga, koje su predmet ovog ugovora, izvan utvrđenog radnog vremena, Dom zdravlja je dužan da osigura njihovo izvršavanje u sklopu službi svoje zdravstvene ustanove, odnosno zaključivanjem posebnog ugovora sa drugom zdravstvenom ustanovom, kojim će se odrediti način i uslovi obavljanja potrebnih zdravstvenih usluga u tim zdravstvenim ustanovama.

Član 8.

Dom zdravlja je obavezan da u slučaju odsutnosti ugovornog doktora porodične medicine, odnosno drugog člana tima ili u slučaju privremene spriječenosti za rad istog, osigura osiguranim licima zamjenu drugim zdravstvenim radnikom, a koji ima odgovarajuće stručne kvalifikacije za obavljanje djelatnosti porodične medicine.

Troškovi rada ugovornog porodičnog doktora koji je imenovan kao zamjena u smislu stava 1. ovog člana, padaju na teret Doma zdravlja iz sredstava koja se obezbjeđuju na poseban način, odnosno iz sredstava kapitacije.

Vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga

Član 9.

Zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora su :
- Ambulantno i kućno liječenje
- Dijagnostika odnosno terapija na nivou svoje djelatnosti
- Patronažni nadzor sestrinskih dijagnoza
- Vođenje propisanih evidencija i dokumentacija
- Mjere zdravstvenog obrazovanja i prosvjećivanja
- Preventivno-promotivne zdravstvene usluge.

Preventivno-promotivne zdravstvene usluge, u vezi promocije zdravlja i prevencije bolesti – sestrinske dijagnoze, rano otkrivanje oboljenja i stanja, kontrola terapije u kući, obuka stanovništva u samopomoći i samozaštiti – koje su predviđene u stavu 1. alineja 6. ovog člana, obavezan su dio rada tima porodične medicine, dok je odgovornost za njihovo provođenje na nosiocu tima porodične medicine.

Dom zdravlja se obavezuje da će ugovorni porodični doktor, do donošenja Osnovnog paketa zdravstvenih prava, osiguranim licima pružati usluge primarne zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Dom zdravlja se obvezuje da će ugovorni porodični doktor registrovanim osiguranim licima osigurati zdravstvene usluge standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, a što podrazumijeva usuglašenost pružene zdravstvene zaštite sa savremenim medicinskim saznanjima, tehnologijom i utvrđenim standardima, a u skladu sa posebnim propisima iz ove oblasti.

Djelokrug rada tima porodične medicine

Član 10.

Djelokrug rada tima porodične medicine, u skladu sa utvrđenim zdravstvenim uslugama iz člana 9. ovog ugovora, obuhvata sljedeće:

a) Usluge liječenja
- orijentaciona dijagnostika, terapija i rehabilitacija vodećih masovnih oboljenja;
- upućivanje, referiranje i praćenje pacijenata na specijalističku/bolničku obradu;
- propisivanje esencijalnih lijekova;
- parenteralno davanje lijeka (supkutana, intramuskularna, intravenska injekcija);
- obrada površne rane bez šivanja;

- skidanje šavova ili kopči;
- obrada opekotine II stupnja;
- vađenje stranog predmeta iz kože i potkožnog tkiva;
- kateterizacija mokraćne bešike;
- ispiranje uha (cerumen);
- imunizacija;
- zaustavljanje krvarenja;
- reanimacione mjere;
- primarno zbrinjavanje (imobilizacija) distorzija i prijeloma ;
- ostale usluge.

b) Preventivno-promotivne usluge

- kontrola i praćenje vodećih rizičnih faktora definiranih putem socijalno-medicinske dijagnoze;
- sistematski pregledi odraslih, dojenčadi, predškolske djece, školske djece;
- patronažne posjete trudnici, porodilji, dojenčetu, djetetu, infektivnom bolesniku, starim i iznemoglim;
- ljekarski pregled za upis u školu;
- ljekarski pregled za smještaj u vrtiće;
- ljekarski pregled za imunizaciju;
- individualna pouka majci o ishrani;
- ciljani pregled;
- zakazani ciljani razgovor;
- zdravstveno-odgojni rad u maloj grupi;
- zdravstveno predavanje medicinskih tehničara;
- zdravstveno predavanje ljekara;
- formiranje socijalno-medicinske dijagnoze za gravitirajuće područje;
- monitoring sestrinskih dijagnoza;
- prikupljanje podataka koji su neophodni za dalje planiranje rada, monitoring i evaluaciju od strane ugovornog porodičnog doktora;
- neposredno sudjelovanje u svim preventivno-promotivnim programima s ciljem otklanjanja riziko faktora koji bi mogli direktno uticati na zdravstveno stanje stanovništva na njihovom području;
- uspostavljanje saradnje sa školama, socijalnim ustanovama, mjesnim zajednicama i drugim institucijama u provođenju programa preventivno-promotivnih aktivnosti;
- ostale preventivno-promotivne usluge;
- utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranog lica zbog povrede ili bolesti;
- vođenje postupka za utvrđivanje radne sposobnosti osiguranog lica.

Na osnovu utvrđenog djelokrug rada tima porodične medicine iz stava 1. ovog člana, ugovorne strane će utvrditi godišnji operativni program rada koji

će sadržavati pojedinačne vrste usluga, kao i očekivani broj usluga u toku godine.

Član 11.

Način plaćanja članova tima porodične medicine će biti utvrđen posebnim ugovorom koji zaključe Dom zdravlja i nosilac tima porodične medicine, a u skladu sa Kolektivnim ugovorom o pravima i obvezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva («Službene novine Federacije BiH», broj 61/07).

Član 12.

Dom zdravlja se obavezuje da će pružati zdravstvene usluge iz člana 9. ovog ugovora putem tima porodične medicine u ordinaciji Doma zdravlja, i/ili putem tima porodične medicine- nositelja privatne prakse, a u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, općih akata Zavoda, pravila ljekarske struke koje propiše nadležna komora, prema mjestu prebivališta osiguranih lica, u skladu sa utvrđenim standardima i normativima za taj nivo zdravstvene zaštite.

Dom zdravlja je dužan osigurati medicinsku opremu za provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su u domenu porodične medicine.

Ukoliko ugovorni porodični doktor – nosilac privatne prakse obavlja svoju djelatnost u vlastitom prostoru, obaveza iz stava 2. ovog člana pada na ugovornog porodičnog doktora nosioca privatne prakse.

Član 13.

Dom zdravlja ima obavezu da obezbijedi popis osiguranih lica registrovanih za svaki tim porodične medicine.

Popis iz predhodnog stava je prilog ovom ugovoru i njegov je sastavni dio. Ugovorne strane moraju usaglasiti strukturu tima porodične medicine u zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica.

Tim porodične medicine iz stava 1. ovog člana minimalno se sastoji od::

- Porodični doktor - 1
- Medicinska sestra koja je završila dotrening iz porodične medicine (u daljem tekstu: porodična sestra) za rad u ambulanti - 1
- Patronažna sestra - 1

U zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica i dostupnosti terena, tim porodične medicine može imati i veći broj patronažnih sestara.

Član 14.

Dom zdravlja se obavezuje da će, putem ugovornog porodičnog doktora, kao i članova tima porodične medicine, kontinuirano provjeravati kvalitet pruženih zdravstvenih usluga putem definiranja programa unutarnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga tima porodične medicine, u odnosu na važeće i eksplicitne standarde, izradom izvještaja o poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga, kao i rezultatima u svom radu.

Recepti i uputnice

Član 15.

Kada se utvrdi potreba upućivanja pacijenta u drugu zdravstvenu ustanovu, Dom zdravlja se obavezuje da, putem ugovornog porodičnog doktora, obezbijedi upućivanje takvog pacijenta u zdravstvenu ustanovu sa kojom Zavod ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Član 16.

Dom zdravlja se obavezuje provoditi racionalnu politiku propisivanja lijekova.

Potrošnja lijekova utvrđuje se prema planiranoj godišnjoj potrošnji po osiguranom licu utvrđenoj osnovnim ugovorom o pružanju zdravstvene zaštite između Zavoda i Doma zdravlja.

Ukoliko se konačnim obračunom utroška za lijekove na recept utvrdi da je potrošnja niža od ugovorenog iznosa iz prethodnog stava, 50% ostvarene uštede ostaje Domu zdravlja.

U slučaju prekoračenja potrošnje za lijekove na recept, dio rizika ovog prekoračenja snosi Dom zdravlja tako što će platiti 20% iznosa prekoračenja.

Vođenje propisanih evidencija

Član 17.

Dom zdravlja se obavezuje da će tim porodične medicine voditi svu potrebnu dokumentaciju te dostavljati odgovarajuće izvještaje u skladu sa potrebama Zavoda.

Izvještaji iz stava 1. ovog člana dostavljaju se Zavodu za javno zdravstvo do 10. tog u mjesecu za protekli mjesec.

Član 18.

Zavod obavlja kontrolu izvršenih obaveza Doma zdravlja i ugovornog porodičnog doktora utvrđenih ovim ugovorom:

- pregledom dostavljenih izvještaja;
- neposrednim uvidom Zavoda u rad i dokumentaciju ugovornog porodičnog doktora.

O izvršenoj kontroli sačinjava se zapisnik s nalazom činjeničnog stanja i prijedlogom mjera za otklanjanje utvrđenih nedostataka i nepravilnosti u izvršenju ugovornih obaveza.

Direktor Zavoda odlučuje o mjerama koje treba poduzeti u predviđenom roku radi otklanjanja utvrđenih nedostataka.

Visina sredstava za zdravstvene usluge i način plaćanja

Član 19.

Zavod se obavezuje da Domu zdravlja doznači sredstva na ime naknade za pružene zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora, kako slijedi:

	Iznos kapitacije bodova	Broj osiguranika	Godišnji Iznos bodova
0-7 god	92	3.500	108.800
7-19 god	46	9.000	136.000
19-65 god	69	29.500	979.200
preko 65 god	115	7.500	476.000
nepoznata dob	46	500	27.200
		50.000	1.727.200

Sredstva iz stava 1. ovog člana su predviđena za period od jedne godine, te se 1/12 tog iznosa opredjeljuje mjesečno, a počev od 01.01._____. godine.

Član 20.

Naknada iz člana 19. ovog ugovora se obezbjeđuje iz ukupnih sredstava koja se doznačavaju Domu zdravlja na osnovu Ugovora o međusobnim odnosima u pružanju zdravstvene zaštite, a počev od 01.01._____. godine.

Član 21.

Na ime pokrivanja dijela fiksnih troškova, Zavod će za svaku ambulantu porodične medicine, bez obzira na broj timova koji u njoj rade, domu zdravlja plaćati iznos od _____ KM.

Član 22.

Dom zdravlja će svakog mjeseca, a naranije 10. u mjesecu za prethodni mjesec, Zavodu doznačavati fakturu na ime iznosa na koja ima pravo na osnovu članova 1—22 ovog ugovora. DPO za ove fakture je 20 dana.

U slučaju da Zavod kod plaćanja ne ispoštuje DPO fakture, obavezan je plaćati kamate u iznosu od 2% mjesečno od dana DPO.

Član 23.

Dom zdravlja će zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora povjeriti uposlenicima Doma zdravlja koji čine tim porodične medicine ili doktorima porodične medicine u privatnoj praksi. Naknada za rad ovih timova porodične medicine utvrđuje se posebnim ugovorom, a saglasno Kolektivnom ugovoru o pravima i obvezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva.

Član 24.

Osigurana lica učestvuju u pokrivanju dijela troškova zdravstvene zaštite, neposrednim učešćem u troškovima korištenja pojedinih zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: participacija) u skladu sa propisima.

Dom zdravlja dužan je Zavodu mjesečno dostavljati izvještaje o naplaćenoj participaciji.

Sredstva naplaćena od participacije su prihod Zavoda.

Zavod ustupa prihod ostvaren naplatom participacije Domu zdravlja, u skladu sa odredbama osnovnog Ugovora o međusobnim odnosima u pružanju zdravstvene zaštite.

Član 25.

Zavod je dužan pravovremeno izvjestiti Dom zdravlja o svim izmjenama općih akata Zavoda koji se odnose na izvršenje ugovorenih obaveza, a Dom zdravlja je dužan pravovremeno izvjestiti Zavod o svim izmjenama koje se tiču izvršenja ugovora na njegovoj strani.

Član 26.

Ovaj ugovor se zaključuje sa rokom važenja od godinu dana.
Ukoliko ugovorne strane ne otkažu ovaj ugovor, ugovor se automatski produžava za narednu godinu dana. (Mislim da je ovo uobičajeno – vezati važenje ugovora za budžetsku godinu)

Član 27.

Ugovorne strane su saglasne da se ovaj ugovor može i jednostrano raskinuti i prije isteka roka na koji je ugovor zaključen, i to u slijedećim slučajevima:

- ako se Dom zdravlja ne pridržava i ne provodi odredbe ovog ugovora,
- ako se Zavod ne pridržava i ne provodi odredbe ovog ugovora.

U slučajevima raskida ugovora iz stava 1. ovog člana ugovara se otkazni rok u trajanju od 30 dana od dana utvrđivanja okolnosti za raskid.
Ugovorna strana koja je usljed jednostranog raskida iz stava 1. ovog člana pretrpila štetu ima pravo naknade štete od ugovorne strane koja je prouzročila ovu štetu, a saglasno propisima o obligacijama.

Član 28.

Ukoliko je došlo do pravosnažnog raskida ugovora usljed nepoštivanja njegovih odredbi od strane Zavoda, Upravni odbor Zavoda je obavezan pokrenuti proceduru za smjenu direktora Zavoda.

Ukoliko je došlo do pravosnažnog raskida ugovora usljed nepoštivanja njegovih odredbi od strane Doma zdravlja, Upravni odbor Doma zdravlja je obavezan pokrenuti proceduru za smjenu direktora Doma zdravlja.

Član 29.

Izmjene i dopune ovog ugovora vrše se na isti način na koji je sklopljen ovaj ugovor.
Izmjene i dopune iz stava 1. ovog člana vrše se anexima, u pismenom obliku, koji se primjenjuju zajedno sa ovim ugovorom, kao jedinstvena cjelina.

Član 30.

Sve eventualne sporove koji nastanu u izvršenju ovog ugovora ugovorne strane će nastojati riješiti sporazumno, mirnim putem.
Ugovorne strane mogu eventualne sporove rješavati i u postupku medijacije, a saglasno propisima o medijaciji.
U slučaju da ugovorne strane ne postignu mirno rješenje nastalog spora ili ne uspije postupak medijacije, ugovara se mjesno nadležan sud prema mjestu zaključenja ovog ugovora.

Član 31.

Ovaj ugovor stupa na snagu danom potpisivanja.
Prava i obaveze proistekle iz ovog ugovora primjenjuje se od 01.01._____. godine.

Član 32.

Ovaj ugovor je sačinjen u 4 (četiri) istovjetna primjerka, od kojih ugovorne strane zadržavaju po 2 (dva) primjerka.

Dom zdravlja _____

_____
Direktor

Broj:

Datum:

Zavod zdravstvenog osiguranja
_____kantona

_____
Direktor

Broj:

Datum:

Prilog 2

Tekst ugovora
između Doma zdravlja i porodičnog doktora zaposlenog u javnom sektoru

Na osnovu člana 4. ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine zaključenog između Zavoda zdravstvenog osiguranja _____ kantona i J.U. Dom zdravlja _____,

Dr. _____ (u daljem tekstu: Ugovorni porodični doktor)
i
J.U. Dom zdravlja _____, kojeg zastupa direktor dr. _____ (u daljem tekstu: Dom zdravlja),

zaključuju

POJEDINAČNI UGOVOR
o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine

Opće odredbe

Član 1.

Ovim ugovorom regulišu se međusobna prava i obaveze ugovornih strana u vezi pružanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine u _____. godini.
Ugovorne strane izjavljuju da su se usaglasile o slijedećem:

14. Vrsti i obimu zdravstvenih usluga iz porodične medicine koje su predmet ovog ugovora;
15. Strukturi tima porodične medicine;
16. Djelokrugu rada tima porodične medicine i odgovornosti ugovornog porodičnog doktora i tima porodične medicine u pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora;
17. Visini sredstava koje putem Doma zdravlja osigurava Zavod zdravstvenog osiguranja _____ kantona (u daljem tekstu: Zavod) za obavljanje zdravstvenih usluga iz porodične medicine, te metode obračunavanja i plaćanja naknade;
18. Rokovima plaćanja ugovorene mjesečne naknade odnosno prosječne vrijednosti tima porodične medicine;
19. Početku obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
20. Mjestu obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
21. Osiguranju potrebne infrastrukture za rad tima porodične medicine;
22. Potrebnoj dokumentaciji za praćenje izvršenja djelatnosti, kao i o rokovima dostave dokumentacije;
23. Nadzoru i kontroli nad provođenjem odredbi ovog ugovora;
24. Načinu, uslovima i postupku za raskid ugovora;
25. Ostalima pravima i obavezama.

Član 2.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će u potpunosti provoditi mjere zdravstvene zastite iz domena porodične medicine u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Službene novine Federacije BiH 29/97), Zakona o zdravstvenom osiguranju (Službene novine Federacije BiH 30/97; 7/02), međudržavnim ugovorima o zdravstvenom osiguranju, ostalim odgovarajućim zakonima, te općim aktima Zavoda zdravstvenog osiguranja, posebno primjenjujući Minimum uslova za priznavanje porodične medicine.

Član 3.

Ugovorne strane su saglasne, da se registracija osiguranih lica sa područja područja koje gravitira ambulanti _____ provede u skladu sa Uputstvom za registraciju osiguranih lica za ambulante porodične medicine.

Član 4.

Ugovorne strane se obavezuje da obezbijede i pruže zdravstvene usluge porodične zdravstvene zaštite registrovanim osiguranim licima pod uslovima utvrđenim u zakonu, podzakonskim aktima i odredbama ovog ugovora.

Član 5.

Dom zdravlja se obavezuje da će osigurati ugovornom porodičnom doktoru nesmetano korištenje ordinacije porodične medicine zajedno sa pripadajućom medicinsko-tehničkom opremom, kao i redovno snabdijevanje lijekovima, sanitetskim materijalom, kao i obrascima koji su u upotrebi u ambulanti porodične medicine.

Član 6.

Ugovorni porodični doktor je dužan da, u okviru svojih nadležnosti, osigura provođenje zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora.

Član 7.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da osigura optimalan pristup ordinaciji porodične medicine utvrđivanjem rasporeda radnog vremena.

Puno radno vrijeme tima podrazumijeva registraciju 2000 osiguranih lica. Radno vrijeme timova koji imaju manji broj registrovanih lica se utvrđuje srazmjerno broju registrovanih osiguranih lica.

Ugovorni porodični doktor je dužan na vratima ordinacije porodične medicine istaći:

- Raspored radnog vremena;
- Lične podatke (ime, prezime i poslove) zdravstvenih radnika koji čine tim porodične medicine.

Ukoliko postoji potreba obavljanja pojedinih zdravstvenih usluga, koje su predmet ovog ugovora, izvan utvrđenog radnog vremena, Dom zdravlja je dužan da osigura njihovo izvršavanje u sklopu službi svoje zdravstvene ustanove.

Član 8.

Ugovorni porodični doktor ima obavezu da organizuje i nadzire rad ostalih članova svog tima.

Član 9.

Ugovorne strane su saglasne da u slučaju odsutnosti ugovornog porodičnog doktora ili privremene spriječenosti za rad, osiguraju registrovanim osiguranim licima zamjenu drugim zdravstvenim radnikom odgovarajuće stručne kvalifikacije za obavljanje djelatnosti porodične medicine.

Troškovi rada ugovornog porodičnog doktora koji je imenovan kao zamjena u smislu stava 1. ovog člana, padaju na teret Doma zdravlja za cijelo razdoblje trajanja zamjenskog rada, a obezbjeđuju se od ukupnog iznosa sredstava kapitacije.

VRSTE, OPSEG I KVALITET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 10.

Zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora su:

- Ambulantno liječenje i kućne posjete
- Dijagnostika odnosno terapija na nivou svoje djelatnosti
- Patronažni nadzor sestrinskih dijagnoza
- Vođenje propisanih evidencija i dokumentacija
- Mjere zdravstvenog obrazovanja i prosvjećivanja
- Preventivno-promotivne zdravstvene usluge.

Preventivno-promotivne zdravstvene usluge, u vezi promocije zdravlja i prevencije bolesti, sestrinskih dijagnoza, ranog otkrivanja oboljenja i stanja, kontrola terapije u kući, obuke stanovništva u samopomoći i samozaštiti, koje su predviđene u stavu 1. alineja 6. ovog člana, obavezan su dio rada

tima porodične medicine, a odgovornost za njihovo provođenje je na nosiocu tima.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će, do donošenja Osnovnog paketa zdravstvenih prava, registriranim osiguranim licima pružati usluge primarne zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine.

Ugovorni porodični doktor se obvezuje da će registrovanim osiguranim licima osigurati zdravstvene usluge standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, a što podrazumijeva usuglašenost pružene zdravstvene zaštite sa savremenim medicinskim saznanjima, tehnologijom i utvrđenim standardima, a u skladu sa posebnim propisima iz ove oblasti.

DJELOKRUG RADA TIMA PORODIČNE MEDICINE

Član 11.

Djelokrug rada tima porodične medicine, u skladu sa utvrđenim zdravstvenim uslugama iz člana 9. ovog ugovora, obuhvata sljedeće:

a) Usluge liječenja
- orijentaciona dijagnostika, terapija i rehabilitacija vodećih masovnih oboljenja;
- upućivanje, referiranje i praćenje pacijenata na specijalističku/bolničku obradu;
- propisivanje esencijalnih lijekova;
- parenteralno davanje lijeka (supkutana, intramuskularna, intravenska injekcija);
- obrada površne rane;
- skidanje šavova ili kopči;
- obrada opekotine II stupnja;
- vađenje stranog predmeta iz kože i potkožnog tkiva;
- kateterizacija mokraćne bešike;
- ispiranje uha (cerumen);
- imunizacija;
- zaustavljanje krvarenja;
- reanimacione mjere;
- primarno zbrinjavanje (imobilizacija) distorzija i prijeloma ;
- ostale usluge.

b) Preventivno-promotivne usluge
- kontrola i praćenje vodećih rizičnih faktora definiranih putem socijalno-medicinske dijagnoze;
- sistematski pregledi odraslih, dojenčadi, predškolske djece, školske djece;

- patronažne posjete trudnici, porodilji, dojenčetu, djetetu, infektivnom bolesniku, starim i iznemoglim;
- ljekarski pregled za upis u školu;
- ljekarski pregled za smještaj u vrtiće;
- ljekarski pregled za imunizaciju;
- individualna pouka majci o ishrani;
- ciljani pregled;
- zakazani ciljani razgovor;
- zdravstveno-odgojni rad u maloj grupi;
- zdravstveno predavanje medicinskih tehničara;
- zdravstveno predavanje ljekara;
- formiranje socijalno-medicinske dijagnoze za gravitirajuće područje;
- monitoring sestrinskih dijagnoza;
- prikupljanje podataka koji su neophodni za dalje planiranje rada, monitoring i evaluaciju od strane ugovornog porodičnog doktora;
- neposredno sudjelovanje u svim preventivno-promotivnim programima s ciljem otklanjanja riziko faktora koji bi mogli direktno uticati na zdravstveno stanje stanovništva na njihovom području;
- uspostavljanje saradnje sa školama, socijalnim ustanovama, mjesnim zajednicama i drugim institucijama u provođenju programa preventivno-promotivnih aktivnosti;
- ostale preventivno-promotivne usluge;
- utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranog lica zbog povrede ili bolesti;
- vođenje postupka za utvrđivanje radne sposobnosti osiguranog lica.

Obavezne imunizacije će se provoditi u odgovarajućoj službi doma zdravlja, dok će ugovorni porodični doktor utvrđivati indikaciju za imunizaciju.

Član 12.

Dom zdravlja i ugovorni porodični doktor se obavezuju da će pružati zdravstvene usluge utvrđene u ovom Ugovoru putem tima porodične medicine, u ordinaciji Doma zdravlja, a u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, općih akata Zavoda, pravilima liječničke struke koje propiše nadležna komora, a na principu slobodnog izbora porodičnog doktora prema mjestu prebivališta osiguranih lica, u skladu sa utvrđenim standardima i normativima za taj nivo zdravstvene zaštite.

Član 13.

Dom zdravlja ima obavezu da sačini popis osiguranih lica opredijeljenih i registrovanih za svaki tim porodične medicine posebno.

Popis iz predhodnog stava je prilog ovom ugovoru i njegov je sastavni dio. Ugovorne strane će usuglasiti strukturu tima porodične medicine u zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica.

Tim porodične medicine iz stava 1. ovog člana sastoji se od::

- Porodični doktor - 1
- Medicinska sestra koja je završila dotrening iz porodične medicine za rad u ambulanti - 1
- Patronažna sestra - 1

U zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica i dostupnosti terena, tim porodične medicine može imati i veći broj patronažnih sestara.
OVAJ DIO ĆE BITI U UGOVORU AKO IMA POTREBE ZA NJIM SA PRECIZNIJE DEFINISANIM PARAMETRIMA.

Član 14.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će pružati zdravstvene usluge preuzete ovim ugovorom putem uposlenih zdravstvenih radnika u timu porodične medicine, u ordinaciji Doma zdravlja, a u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, općih akata Zavoda, pravila liječničke struke koje propiše nadležna komora, a na principu slobodnog izbora porodičnog liječnika prema mjestu prebivališta osiguranih osoba, u skladu sa utvrđenim standardima i normativima za taj nivo zdravstvene zaštite.

Član 15.

Porodični doktor kao i zdravstveni radnici – članovi tima porodične medicine, naročito su odgovorni za:

- provođenje aktivnosti koje mogu izazvati pogoršanje zdravstvenog stanja osiguranog lica, za pogrešno i nepotpuno pružanje dijagnostičkih i terapeutskih usluga, neblagovremeno upućivanje u drugu zdravstvenu ustanovu, a koji zajedno predstavljaju razloge zbog kojih dolazi do nepotrebno dugotrajnih tretmana, pogoršanja zdravstvenog stanja, invalidnosti ili smrti osigurane osobe;
- pružanje zdravstvenih usluga od strane lica koje nisu za to kvalificirane, izuzev u hitnim slučajevima;
- započinjanje radnog vremena kasnije, odnosno završavanje radnog vremena ranije, suprotno utvrđenom radnom vremenu tima porodične medicine, te za druge oblike nepoštivanja plana rada ili propuste u unutarnjoj organizaciji, a što može biti razlogom da osigurano lice nije zadovoljilo svoje zdravstvene potrebe ili iste zadovoljava nepotrebnim

dolaskom više puta, ili joj je otežano ostvarivanje zdravstvene zaštite uopće;
- neblagovremeno pružanje prve pomoći, odnosno hitne medicinske pomoći, uvažavajući trenutnu situaciju;
- povredu zaštite privatnosti osigurane osobe tokom liječenja, njegovog dostojanstva i ugleda, s posebnim akcentom na adekvatnu zdravstvenu zaštitu bez diskriminacije, pravo na adekvatnu informaciju o zdravstvenom stanju, dijagnozi i liječenju, mogućim propratnim efektima, povredu prava na prihvatanje medicinskog liječenja, kao i prava na fizički integritet, prava na pristup svom medicinskom dosijeu, te s tim u vezi povredu privatnosti i zaštite ličnih medicinskih podataka, kao i povrede ostalih prava utvrđenih Poveljom o pravima pacijenta;
- onemogućavanje istog tretmana svim osiguranim licima, sa istim nivoom zdravstvenih potreba, kao i za korupciju ili davanje više zdravstvenih prava nego što osiguranom licu pripada, a proizašlog na osnovu ličnih kontakata ljekara i pacijenta ili drugih nemedicinskih kriterija.

U slučaju utvrđene odgovornosti ugovornog porodičnog doktora odnosno člana tima porodične medicine, Dom zdravlja može jednostrano raskinuti ovaj ugovor, bez obaveze naknade štete, a u slučaju težih povreda Dom zdravlja će pokrenuti postupak oduzimanja licence za rad kod nadležne zdravstvene komore.

Član 16.

Dom zdravlja je dužan osigurati medicinsku opremu za provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su dio primarne zdravstvene zaštite.

Kada ugovorni porodični doktor ocijeni da zdravstveno stanje osiguranog lica zahtjeva složenije dijagnostičke i terapijske postupke na razini specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uputit će osiguranika na specijalistički pregled ili stacionarno liječenje u najbližu polikliničku odnosno stacionarnu zdravstvenu ustanovu, a s kojom Zavod ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Prilikom ciljanog upućivanja osiguranog lica u polikliničku ili stacionarnu zdravstvenu ustanovu ugovorni porodični doktor dužan je popuniti uputnicu, te priložiti historiju bolesti sa potrebnim podacima.

Član 17.

Ugovorni porodični doktor obavezan je provoditi racionalnu politiku propisivanja lijekova.

Ugovorni porodični doktor lijekove može propisivati samo u skladu sa zakonom i aktima Zavoda.

Ukoliko su troškovi lijekova koje propisivanjem napravi izabrani porodični doktor na recept na teret sredstava Zavoda niži od planirane godišnje potrošnje iz člana 16. ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine zaključenog između Zavoda i Dom zdravlja, ugovornom porodičnom doktoru se obezbjeđuje nagradno plaćanje i to tako što će mu na kraju šestomjesečnog perioda biti isplaćen iznos koji je 25% od ostvarene uštede.

Ukoliko troškovi iz stava 3. prelaze definisanu potrošnju, 10% prekoraćenja pada na teret ugovornog porodičnog doktora, što će Dom zdravlja odbiti od njegove plate ili drugih prihoda.

Član 18.

Ugovorni porodični doktor, kao i članovi tima porodične medicine, dužni su kontinuirano provjeravati kvalitet pruženih zdravstvenih usluga putem definiranja programa unutarnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga tima porodične medicine, u odnosu na važeće i eksplicitne standarde, izradom izvještaja o poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga, kao i rezultatima u svom radu.

Ugovorni porodični doktor, kao i članovi tima porodične medicine dužni su uključiti se u sistem poboljšanja kvalitete i akreditaciju u zdravstvu, a koju provodi nadležno tijelo u Federaciji BiH – Agencija za poboljšanje kvaliteta i akreditaciju u zdravstvu.

VOĐENJE PROPISANIH EVIDENCIJA I NADZOR NAD PROVEDBOM UGOVORA

Član 19.

Ugovorni porodični doktor se obvezuje da će tim porodične medicine voditi svu potrebnu dokumentaciju, o praćenju izvršenja rada voditi dnevne izvještaje prema šiframa iz Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka-vremenski i kadrovski normativ.

Ugovorni porodični doktor izvještaje iz stava 1. ovog člana dostavlja Domu zdravlja i drugim nadležnim institucijama.

Dnevni i mjesečni izvještaji popunjavaju se na propisanim obrascima, koji se nalaze u prilogu Ugovora. Pored obrazaca iz redovnih statističkih istraživanja u zdravstvu ugovorni porodični doktor obavezan je Domu

zdravlja dostavljati slijedeće podatke: broj uputnica za specijalističko-konsultativne preglede, broj uputnica za bolničko liječenje, potrošnja lijekova, broj uputnica za dijagnostičke pretrage, izvještaje o utvrđivabnju privremene spriječenosti za rad osiguranih lica kada naknada plaće pada na teret Zavoda, broj pacijenata u vulnerabilnim grupama stanovništva (novorođenčad, dijabetičari, hipertoničari, hronični bolesnici), podaci o radu na promociji zdravlja.

Član 20.

Po prijemu mjesečnih izvještaja iz člana 18. ovog ugovora, Dom zdravlja će izvršiti pregled dokumentacije, te o eventualno utvrđenim nedostacima i odstupanjima i potrebi usklađivanja izvjestiti ugovornog porodičnog doktora u roku od 15 dana.

Član 21.

Po isteku tromjesečja, obavlja se usklađivanje između Ugovora i izvršenja iskazanog u mjesečnim izvještajima.

Član 22.

Dom zdravlja je dužan izvijestiti ugovornog porodičnog doktora o svim izmjenama zakona, podzakonskih akata i općih akata Zavoda koji se odnose na izvršenje ugovorenih obveza.

Član 23.

Ugovorne strane su saglasne da Zavod obavlja kontrolu izvršenih obveza Doma zdravlja i ugovornog porodičnog doktora utvrđenih ovim ugovorom :

- pregledom dostavljene dokumentacije;
- neposrednim uvidom kontrolne službe u rad i dokumentaciju ugovornog porodičnog doktora.

O izvršenoj kontroli sačinjava se zapisnik s nalazom činjeničnog stanja i prijedlogom mjera za otklanjanje utvrđenih nedostataka i nepravilnosti u izvršenju ugovornih obveza.

STATUS I NAČIN PLAĆANJA

Član 24.

Ugovorne strane su saglasne da je visina sredstava za zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora definisana ugovorom između Doma zdravlja i Zavoda.

Član 25.

Ugovorni porodični doktor i članovi tima porodične medicine imat će status zaposlenika u domu zdravlja.

Ugovornom porodičnom doktoru i članovima njegovog tima za pružanje zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine za registrovana osigurana lica, pripada plata, kao i ostale naknade koje nemaju karakter plaće, a na način kako je regulisano ovim Ugovorom i aktima Doma zdravlja.
U zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica određuje se i iznos plate po osnovu ovog Ugovora, a polazeći od toga da puno radno vrijeme tima podrazumijeva pružanje zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine za 2.500 registrovanih osiguranih lica.

Član 26.

Plata ugovornog porodičnog doktora i medicinskih sestra u timu se sastoji od fiksnog i varijabilnog dijela. Fiksni dio plate određuje direktor Doma zdravlja a predstavlja dio iznosa plate određene Kolektivnim ugovorom i aktima Doma zdravlja, i to tako da fiksni dio zajedno sa varijabilnim dijelom plate za 2.500 registrovanih osiguranih lica prosječne dobne strukture daje iznos plate prema odredbama Kolektivnog ugovora o pravima i obvezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva.

Varijabilni dio plate članova tima se određuje u zavisnosti od broja i strukture registrovanih osiguranih lica, i to na taj način da se 20% ukupnog iznosa kapitacije za registrovana osigurana lica opredjeljuje za te namjene, te se raspoređuje tako da 70% tog iznosa čini varijabilni dio plate ugovornog porodičnog doktora, 20% tog iznosa čini varijabilni dio plate patronažne sestre i 10% tog iznosa čini varijabilni dio plate medicinske sestre u ambulanti. Navedeni iznosi varijabilnog djela plate obuhvataju i doprinose i poreze.

Na platu definisanu u stavu 2. ovog člana može se odrediti povećanje u smislu nagrade ili smanjenje u smislu kazne, a u zavisnosti od poslovnih rezultata tima porodične medicine, te iz drugih razloga.

Član 27.

Osigurana lica učestvuju u pokrivanju dijela troškova zdravstvene zaštite neposrednim učešćem u troškovima korištenja pojedinih zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: participacija) u skladu sa propisima.

Način naplaćivanja sredstava iz stava 1. ovog člana će se provoditi propisanom metodologijom i u skladu sa aktima Doma zdravlja.

Član 28.

Sve eventualne sporove koji nastanu u izvršenju ovog ugovora, ugovorne strane će nastojati riješiti sporazumno, mirnim putem.
Ugovorne strane mogu eventualne sporove rješavati i u postupku medijacije, a saglasno propisima o medijaciji.
U slučaju da ugovorne strane ne postignu mirno rješenje nastalog spora ili ne uspije postupak medijacije, ugovara se mjesno nadležni sud prema mjestu zaključenja ovog ugovora.

Član 32.

Ovaj ugovor stupa na snagu nakon potpisivanja od ugovornih strana i pribavljanja saglasnosti Zavoda.
Prava i obaveze proistekle iz ovog ugovora primjenjuje se od 01.01._____. godine.

Član 33.

Ovaj ugovor je sačinjen u 6 (šest) istovjetnih primjeraka, od kojih ugovorne strane zadržavaju po 2 (dva) primjerka, a dva primjerka se doznačavaju Zavodu zdravstvenog osiguranja _____ kantona.

Dom zdravlja _____ Ugovorni porodični doktor
Direktor:
dr. _____ dr. _____

Broj:
Datum:

S A G L A S A N
Zavod zdravstvenog osiguranja
_____ kantona
Direktor:

_____

Broj:
Datum:

Prilog 3

Tekst ugovora
Ugovor između Doma zdravlja i porodičnog doktora-nosioca privatne prakse

Na osnovu člana 4. ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine, zaključenog između Zavoda zdravstvenog osiguranja _____ kantona i J.U. Dom zdravlja _____

J.U. Dom zdravlja _____, kojeg zastupa direktor dr. _____(u daljem tekstu: Dom zdravlja)
i
Dr. _____ _____, nosilac privatne prakse (u daljem tekstu: ugovorni porodični doktor)

zaključuju

UGOVOR
o provođenju zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine

Opće odredbe

Član 1.

Ovim ugovorom regulišu se međusobna prava i obaveze ugovornih strana u vezi pružanja zdravstvene zaštite iz porodične medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u _____. godini.

Ugovorne strane izjavljuju da su se usaglasile o slijedećem:
26. Vrsti i obimu zdravstvenih usluga iz porodične medicine koje su predmet ovog ugovora;
27. Strukturi tima porodične medicine;
28. Djelokrugu rada tima porodične medicine, odgovornostima ugovornog porodičnog doktora medicine (u daljem tekstu: ugovorni porodični doktor) i tima porodične medicine u pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora;
29. Visini sredstava koje putem Doma zdravlja osigurava Zavod zdravstvenog osiguranja _____ kantona (u daljem tekstu: Zavod) za obavljanje zdravstvenih usluga iz porodične medicine, te metodi obračunavanja i plaćanja naknade /kompenzacije/;
30. Rokovima plaćanja ugovorene mjesečne naknade /kompenzacije/ odnosno prosječne vrijednosti tima porodične medicine;
31. Početku obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
32. Mjestu obavljanja zdravstvenih usluga iz porodične medicine;
33. Osiguranju potrebne infrastrukture za rad tima porodične medicine;
34. Potrebnoj dokumentaciji za praćenje izvršenja djelatnosti, kao i o rokovima dostave dokumentacije;
35. Nadzoru i kontroli nad provođenjem odredbi ovog ugovora;
36. Načinu, uslovima i postupku za raskid ugovora;
37. Ostalima pravima i obavezama.

Član 2.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će u potpunosti provoditi mjere zdravstvene zastite iz domena porodične medicine, u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Službene novine Federacije BiH 29/97), Zakona o zdravstvenom osiguranju (Službene novine Federacije BiH 30/97; 7/02), međudržavnim ugovorima o zdravstvenom osiguranju, ostalim odgovarajućim zakonima, te općim aktima Zavoda zdravstvenog osiguranja, posebno primjenjujući minimum uslova za priznavanje porodične medicine.

Član 3.

Ugovorne strane su saglasne da se registracija osiguranih lica sa područja koje gravitira ambulanti _____ provede u skladu sa Uputstvom za registraciju osiguranih lica za ambulante porodične medicine.

Član 4.

Ugovorne strane se obavezuju da obezbijede i pruže zdravstvene usluge porodične medicine registrovanim osiguranim licima pod uslovima utvrđenim u zakonu, podzakonskim aktima i odredbama ovog ugovora.

Član 5.

Ugovorne strane su saglasne da se zdravstvena zaštita iz domena porodične medicine, a koja je predmet ovog ugovora, pruža u prostorijama doma zdravlja, koje je iznajmio ugovorni porodični doktor.
Odgovornost za opremljenost objekta u smislu ispunjavanja minimuma standarda i normativa preuzima Dom zdravlja.
Ispunjenost uslova prostora i opreme u privatnoj praksi iz porodične medicine iz st.1. i 2. ovog člana dokazuje se rješenjem nadležnog kantonalnog ministarstva zdravstva o odobrenju rada privatne prakse iz porodične medicine.

Član 5 A.

Ugovorne strane su saglasne da se zdravstvena zaštita iz domena porodične medicine, a koja je predmet ovog ugovora, pruža u prostorijama privatne prakse ugovornog porodičnog doktora.
Odgovornost za opremljenost objekta u smislu ispunjavanja minimuma standarda i normativa preuzima ugovorni porodični doktor.
Ispunjenost uslova prostora i opreme u privatnoj praksi iz porodične medicine iz st.1. i 2. ovog člana dokazuje se rješenjem nadležnog

kantonalnog ministarstva zdravstva o odobrenju rada privatne prakse iz porodične medicine.

Član 6.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da osigura optimalan pristup ordinaciji porodične medicine utvrđivanjem rasporeda radnog vremena.

Puno radno vrijeme tima podrazumijeva registraciju 2000 osiguranih lica. Radno vrijeme timova koji imaju manji broj registrovanih lica utvrđuje se srazmjerno broju registrovanih osiguranih lica.

Ugovorni porodični doktor dužan je na vratima ordinacije porodične medicine istaći:
- Raspored radnog vremena;
- Lične podatke (ime, prezime i poslove) zdravstvenih radnika koji čine tim porodične medicine.

Ukoliko postoji potreba obavljanja pojedinih zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora izvan utvrđenog radnog vremena, Dom zdravlja je dužan da osigura njihovo izvršavanje u sklopu službi svoje zdravstvene ustanove.

Član 7.

Dom zdravlja se obavezuje da će za potrebe ugovornog porodičnog doktora obezbijediti:
- posebno vođenje knjigovodstva i finansijskih poslova i svih potrebnih evidencija koje proizilaze iz poslovanja ugovornog porodičnog doktora, izuzev evidencija iz medicinske djelatnosti;
- izvještaj o poslovanju ugovornog porodičnog doktora na kraju ugovornog perioda, sa prikazom svih prihoda i rashoda;
- vršiti nabavku ampularnih lijekova, sanitetskog materijala i ostalog medicinskog potrošnog materijala na osnovu trebovanja ugovornog porodičnog doktora;
- obavljati poslove održavanja, čišćenja i drugih usluga.

Sredstva za obavljanje usluga iz ovog člana obezbjeđuju se iz prihoda timova po osnovu kapitacije.

Član 8.

Privatna praksa ugovornog porodičnog doktora će raditi na neprofitnom principu.

Član 9.

Dom zdravlja se obavezuje da će ugovornog porodičnog doktora snabdijevati potrebnim obrascima (zdravstveni kartoni, uputnice, recepti i dr.) na osnovu njegovog trebovanja.

Navedene obrasce će obezbjediti Dom zdravlja, a na teret sredstava ugovornog porodičnog doktora i to po cijenama po kojima ovaj materijal nabavlja Dom zdravlja.

Navedeni obrasci Doma zdravlja nosiće oznaku »ambulanta _____.«

Član 10.

Ugovorni porodični doktor je dužan da, u okviru svojih nadležnosti, osigura provođenje zdravstvenih usluga koje su predmet ovog ugovora.

Član 11.

Ugovorni porodični doktor ima obavezu da organizuje i nadzire rad ostalih članova svog tima.

Član 12.

Ugovorne strane su saglasne da u slučaju odsutnosti ugovornog porodičnog doktora ili privremene spriječenosti za rad, osiguraju registrovanim osiguranim licima zamjenu drugim zdravstvenim radnikom odgovarajuće stručne kvalifikacije za obavljanje djelatnosti porodične medicine.

U slučaju planiranog odsustvovanja, ugovorni porodični doktor dužan je, najkasnije 24 sata prije odsustva, obavijestiti nadležnog rukovodioca u Domu zdravlja i dobiti njegovu saglasnost.
U slučaju iznenadnog odsustvovanja, ugovorni porodični doktor dužan je, u najkraćem mogućem roku, obavijestiti nadležnog rukovodioca u Domu zdravlja

Troškovi rada ugovornog porodičnog doktora koji je imenovan kao zamjena u smislu stava 1. ovog člana, padaju na teret Doma zdravlja za cijelo razdoblje trajanja zamjenskog rada, a obezbjeđuju se od ukupnog iznosa sredstava kapitacije koja pripada ugovornom porodičnom doktoru.

Član 13.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje učestvovati u dežurstvu i/ili pripravnosti zajedno sa doktorima medicine zaposlenicima doma zdravlja, a prema ustrojstvu i rasporedu koje odredi direktor doma zdravlja.

Ugovorni porodični doktor ima pravo naknade za rad iz stava 1. ovog člana, a prema pravilima doma zdravlja.

VRSTE, OBIM I KVALITET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 14.

Zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora su :
- Ambulantno liječenje i kućne posjete
- Dijagnostika odnosno terapija na nivou svoje djelatnosti
- Patronažni nadzor sestrinskih dijagnoza
- Vođenje propisanih evidencija i dokumentacija
- Mjere zdravstvenog obrazovanja i prosvjećivanja
- Preventivno-promotivne zdravstvene usluge.

Preventivno-promotivne zdravstvene usluge, u vezi promocije zdravlja i prevencije bolesti – sestrinskih dijagnoza, ranog otkrivanja oboljenja i stanja, kontrola terapije u kući, obuke stanovništva u samopomoći i samozaštiti – koje su predviđene u stavu 1. alineja 6. ovog člana, obavezan su dio rada tima porodične medicine, a odgovornost za njihovo provođenje je na nosiocu tima.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će, do donošenja Osnovnog paketa zdravstvenih prava, registriranim osiguranim licima pružati usluge primarne zdravstvene zaštite iz domena porodične medicine.

Ugovorni porodični doktor se obvezuje da će registrovanim osiguranim licima osigurati zdravstvene usluge standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, a što podrazumijeva usuglašenost pružene zdravstvene zaštite sa savremenim medicinskim saznanjima, tehnologijom i utvrđenim standardima, a u skladu sa posebnim propisima iz ove oblasti.

DJELOKRUG RADA TIMA PORODIČNE MEDICINE

Član 15.

Djelokrug rada tima porodične medicine, u skladu sa utvrđenim zdravstvenim uslugama iz člana 9. ovog ugovora, obuhvata sljedeće:

a) Usluge liječenja
- orijentaciona dijagnostika, terapija i rehabilitacija vodećih masovnih oboljenja;
- upućivanje, referiranje i praćenje pacijenata na specijalističku/bolničku obradu;
- propisivanje esencijalnih lijekova;
- parenteralno davanje lijeka (supkutana, intramuskularna, intravenska injekcija);
- obrada površne rane;
- skidanje šavova ili kopči;
- obrada opekotine II stupnja;
- vađenje stranog predmeta iz kože i potkožnog tkiva;
- kateterizacija mokraćne bešike;
- ispiranje uha (cerumen);
- imunizacija;
- zaustavljanje krvarenja;
- reanimacione mjere;
- primarno zbrinjavanje (imobilizacija) distorzija i prijeloma ;
- ostale usluge.

b) Preventivno-promotivne usluge
- kontrola i praćenje vodećih rizičnih faktora definiranih putem socijalno-medicinske dijagnoze;
- sistematski pregledi odraslih, dojenčadi, predškolske djece, školske djece;
- patronažne posjete trudnici, porodilji, dojenčetu, djetetu, infektivnom bolesniku, starim i iznemoglim;
- ljekarski pregled za upis u školu;
- ljekarski pregled za smještaj u vrtiće;
- ljekarski pregled za imunizaciju;
- individualna pouka majci o ishrani;
- ciljani pregled;
- zakazani ciljani razgovor;
- zdravstveno-odgojni rad u maloj grupi;
- zdravstveno predavanje medicinskih tehničara;
- zdravstveno predavanje ljekara;
- formiranje socijalno-medicinske dijagnoze za gravitirajuće područje;
- monitoring sestrinskih dijagnoza;

- prikupljanje podataka koji su neophodni za dalje planiranje rada, monitoring i evaluaciju od strane ugovornog porodičnog doktora;
- neposredno sudjelovanje u svim preventivno-promotivnim programima s ciljem otklanjanja riziko faktora koji bi mogli direktno uticati na zdravstveno stanje stanovništva na njihovom području;
- uspostavljanje saradnje sa školama, socijalnim ustanovama, mjesnim zajednicama i drugim institucijama u provođenju programa preventivno-promotivnih aktivnosti;
- ostale preventivno-promotivne usluge;
- utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranog lica zbog povrede ili bolesti;
- vođenje postupka za utvrđivanje radne sposobnosti osiguranog lica.

Obavezne imunizacije će se provoditi u odgovarajućoj službi doma zdravlja, dok će ugovorni porodični doktor utvrđivati indikaciju za imunizaciju.

Član 16.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će pružati zdravstvene usluge utvrđene u ovom Ugovoru putem tima porodične medicine, u ordinaciji _____, u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, općih akata Zavoda, te pravila liječničke struke koje propiše nadležna komora, a na principu slobodnog izbora porodičnog doktora prema mjestu prebivališta osiguranih lica, te u skladu sa utvrđenim standardima i normativima za taj nivo zdravstvene zaštite.

Član 17.

Dom zdravlja ima obavezu da sačini popis osiguranih lica opredijeljenih i registrovanih za svaki tim porodične medicine posebno.
Popis iz predhodnog stava je prilog ovom ugovoru i njegov je sastavni dio.
Ugovorne strane će usuglasiti strukturu tima porodične medicine u zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica.

Tim porodične medicine iz stava 1. ovog člana sastoji se od::
- Porodični doktor - 1
- Medicinska sestra koja je završila dotrening iz porodične medicine za rad u ambulanti - 1
- Patronažna sestra - 1

U zavisnosti od broja registrovanih osiguranih lica i dostupnosti terena, tim porodične medicine može imati i veći broj patronažnih sestara.

OVAJ DIO ĆE BITI U UGOVORU AKO IMA POTREBE ZA NJIM, SA PRECIZNIJE DEFINISANIM PARAMETRIMA.

Član 18.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će pružati zdravstvene usluge preuzete ovim ugovorom putem uposlenih zdravstvenih radnika u timu porodične medicine, u ordinaciji Doma zdravlja, a u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, općih akata Zavoda, te pravila liječničke struke koje propiše nadležna komora, a na principu slobodnog izbora porodičnog liječnika prema mjestu prebivališta osiguranih osoba, u skladu sa utvrđenim standardima i normativima za taj nivo zdravstvene zaštite.

Član 19.

Porodični doktor kao i zdravstveni radnici – članovi tima porodične medicine, naročito su odgovorni za:

- provođenje aktivnosti koje mogu izazvati pogoršanje zdravstvenog stanja osiguranog lica, za pogrešno i nepotpuno pružanje dijagnostičkih i terapeutskih usluga, neblagovremeno upućivanje u drugu zdravstvenu ustanovu, a što sve zajedno predstavlja razlog zbog kojeg dolazi do nepotrebno dugotrajnih tretmana, pogoršanja zdravstvenog stanja, invalidnosti ili smrti osigurane osobe;
- pružanje zdravstvenih usluga od strane lica koja nisu za to kvalificirana, izuzev u hitnim slučajevima;
- započinjanje radnog vremena kasnije, odnosno završavanje radnog vremena ranije, suprotno utvrđenom radnom vremenu tima porodične medicine, te za druge oblike nepoštivanja plana rada ili propuste u unutarnjoj organizaciji, a što može biti razlogom da osigurano lice nije zadovoljilo svoje zdravstvene potrebe ili iste zadovoljava nepotrebnim dolaskom više puta, ili joj je otežano ostvarivanje zdravstvene zaštite uopće;
- neblagovremeno pružanje prve pomoći, odnosno hitne medicinske pomoći, uvažavajući trenutnu situaciju;
- povredu zaštite privatnosti osigurane osobe tokom liječenja, njegovog dostojanstva i ugleda, s posebnim akcentom na adekvatnu zdravstvenu zaštitu bez diskriminacije, pravo na adekvatnu informaciju o zdravstvenom stanju, dijagnozi i liječenju, mogućim propratnim efektima, povredu prava na prihvatanje medicinskog liječenja, kao i prava na fizički integritet, prava na pristup svom medicinskom dosijeu, te s tim u vezi povredu privatnosti i zaštite ličnih medicinskih podataka, kao i povrede ostalih prava utvrđenih Poveljom o pravima pacijenta;

- onemogućavanje istog tretmana svim osiguranim licima, sa istim nivoom zdravstvenih potreba, kao i za korupciju ili davanje više zdravstvenih prava nego što osiguranom licu pripada, na osnovu ličnih kontakata ljekara i pacijenta ili drugih nemedicinskih kriterija.

U slučaju utvrđene odgovornosti ugovornog porodičnog doktoram, odnosno člana tima porodične medicine, Dom zdravlja može jednostrano raskinuti ovaj ugovor, bez obaveze naknade štete, a u slučaju težih povreda Dom zdravlja pokrenut će postupak oduzimanja licence za rad kod nadležne zdravstvene komore.

Član 20.

Dom zdravlja je dužan osigurati medicinsku opremu za provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su dio primarne zdravstvene zaštite.

Kada ugovorni porodični doktor ocijeni da zdravstveno stanje osiguranog lica zahtijeva složenije dijagnostičke i terapijske postupke na nivou specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uputit će osiguranika na specijalistički pregled ili stacionarno liječenje u najbližu polikliničku odnosno stacionarnu zdravstvenu ustanovu, s kojom Zavod ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Prilikom ciljanog upućivanja osiguranog lica u polikliničku ili stacionarnu zdravstvenu ustanovu, ugovorni porodični doktor dužan je popuniti uputnicu, te priložiti historiju bolesti sa potrebnim podacima.

Član 21.

Ugovorni porodični doktor je obavezan provoditi politiku racionalnog korištenja specijalističkih konsultacija, bolničkog liječenja i laboratorijske i druge dijagnostike.

Za dobru referalnu praksu ugovornom porodičnom doktoru pripada nagrada, koju će definisati Upravni odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja.

Član 22.

Ugovorni porodični doktor obavezan je provoditi racionalnu politiku propisivanja lijekova.

Ugovorni porodični doktor lijekove može propisivati samo u skladu sa zakonom i aktima Zavoda.

Član 23.

Potrošnja lijekova utvrđuje se prema planiranoj godišnjoj potrošnji po osiguranom licu utvrđenim osnovnim ugovorom o pružanju zdravstvene zaštite između Zavoda i Doma zdravlja, a za broj stvarno registrovanih lica krajem mjeseca.

Ugovornom porodičnom doktoru na ime lijekova na recept opredjeljuju se sljedeća novčana sredstva:

Dobne grupe	UKUPNO	<6	7-19.	20-64	>65
Broj osiguranih lica					
Iznos po jednom osiguranom licu (KM)					
Ukupan iznos po dobnim grupama (KM)					

Ukupan iznos na nivou godine je _____ KM, što iznosi _____ KM mjesečno.

Ukoliko su troškovi lijekova na recept na teret sredstava Zavoda niži od sredstava iz stava 2 ovog člana, ugovornom porodičnom doktoru se obezbjeđuje nagradno plaćanje, u nivou od 20% ostvarene uštede.

Ukoliko troškovi lijekova na recept na teret sredstava Zavoda prelaze iznos sredstava iz stava 2 ovog člana, troškovi prekoračenja padaju na teret ugovornog porodičnog doktora, u iznosu 10% od iznosa prekoračenja, što će se odbiti od prihoda doktora po osnovu kapitacije.

Član 24.

Ugovorni porodični doktor, kao i članovi tima porodične medicine, dužni su kontinuirano provjeravati kvalitet pruženih zdravstvenih usluga putem definiranja programa unutarnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga tima porodične medicine, u odnosu na važeće i eksplicitne standarde, izradom izvještaja o poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga, kao i o rezultatima svog rada.

Ugovorni porodični doktor, kao i članovi tima porodične medicine, dužni su uključiti se u sistem poboljšanja kvalitete i akreditaciju u zdravstvu, a koju provodi nadležno tijelo u Federaciji BiH – Agencija za poboljšanje kvaliteta i akreditaciju u zdravstvu.

VOĐENJE PROPISANIH EVIDENCIJA I NADZOR NAD PROVEDBOM UGOVORA

Član 25.

Ugovorni porodični doktor se obavezuje da će tim porodične medicine voditi svu potrebnu dokumentaciju, te o praćenju izvršenja rada voditi dnevne izvještaje prema šiframa iz Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka, vremenskim i kadrovskim normativima.

Ugovorni porodični doktor izvještaje iz stava 1. ovog člana dostavlja Domu zdravlja.

Dnevni i mjesečni izvještaji popunjavaju se na propisanim obrascima, koji se nalaze u prilogu Ugovora. Pored obrazaca iz redovnih statističkih istraživanja u zdravstvu, ugovorni porodični doktor obavezan je Domu zdravlja dostavljati slijedeće podatke: broj uputnica za specijalističko-konsultativne preglede, broj uputnica za bolničko liječenje, potrošnja lijekova, broj uputnica za dijagnostičke pretrage, izvještaje o utvrđivanju privremene spriječenosti za rad osiguranih lica kada naknada plaće pada na teret Zavoda, broj pacijenata u vulnerabilnim grupama stanovništva (novorođenčad, dijabetičari, hipertoničari, hronični bolesnici), podaci o radu na promociji zdravlja.

Ugovorni porodični doktori obvazuju se da će na zahtjev Zavoda zdravstvenog osiguranja dostavljati svu traženu dokumentaciju.

Član 26.

Ugovorni porodični doktor obavezuje se da će na za to propisanom obrascu odmah, a najkasnije do 3. u mjesecu za protekli mjesec, izvijestiti Dom zdravlja o svim slučajevima koji su posljedica:

- saobraćajne nesreće
- tjelesnih povreda koje je nanijelo drugo lice
- povreda na radu
- profesionalnih bolesti.

Ugovorni porodični doktor obavezuje se da će za svaki oblik korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica Zavoda, a u vezi liječenja zbog povreda,

odnosno bolesti koje su posljedice slučajeva iz prethodnog stava, staviti posebnu oznaku na uputnici, receptu, prijedlogu za provođenje zdravstvene njege u kući bolesnika, prijedlogu za provođenje bolničke medicinske rehabilitacije.

Član 27.

Po prijemu mjesečnih izvještaja iz člana 25. ovog ugovora, Dom zdravlja će izvršiti pregled dokumentacije, te o eventualno utvrđenim nedostacima i odstupanjima ili o potrebi usklađivanja izvjestiti ugovornog porodičnog doktora u roku od 15 dana.

Član 28.

Po isteku tromjesečja, obavlja se usklađivanje između Ugovora i izvršenja iskazanih u mjesečnim izvještajima.

Član 29.

Dom zdravlja je dužan izvijestiti ugovornog porodičnog doktora o svim izmjenama zakona, podzakonskih akata i općih akata Zavoda koji se odnose na izvršenje ugovorenih obveza.

Član 30.

Ugovorne strane su saglasne da Zavod obavlja kontrolu izvršenih obveza Doma zdravlja i ugovornog porodičnog doktora utvrđenih ovim ugovorom :

- pregledom dostavljene dokumentacije;
- neposrednim uvidom kontrolne službe u rad i dokumentaciju ugovornog porodičnog doktora.

O izvršenoj kontroli sačinjava se zapisnik s nalazom činjeničnog stanja i prijedlogom mjera za otklanjanje utvrđenih nedostataka i nepravilnosti u izvršenju ugovornih obveza.

STATUS I NAČIN PLAĆANJA

Član 31.

Ugovorne strane su saglasne da je visina sredstava za zdravstvene usluge koje su predmet ovog ugovora definisana ugovorom između Doma zdravlja i Zavoda.

Član 32.

Ugovorni porodični doktor ostvaruje sredstva za rad tima iz sljedećih izvora:

- po osnovu kapitacije za registrovana osigurana lica;
- za ampularne lijekove u visini od _____ KM na nivou godine za svako registrovano osigurano lice;
- za laboratorijsku dijagnostiku u visini _____ KM po osiguranom licu mjesečno;
- iz dijela troškova zdravstvene zaštite, ostvarenih neposrednim učešćem osiguranika u troškovima korištenja pojedinih zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: participacija), u skladu sa Odlukom o neposrednom učešću osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite (Sl. novine _____ kantona _____) i Odlukom Upravnog odbora Zavoda o korištenju sredstava participacije;
- naplaćivanjem usluga od neosiguranih lica, kao i osiguranih lica u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Član 33.

Na ime naknade za pruženu zdravstvenu zaštitu koja je predmet ovog ugovora, a za period od 01.01. do 31.12. _____. godine, opredjeljuje se paušalni iznos sredstava na osnovu obračuna za procijenjeni broj i starosnu strukturu osiguranih lica sa gravitirajućeg područja ambulante, kako slijedi:

Starosna grupa	Iznos kapitacije bodova	Broj osiguranika	Godišnji Iznos bodova
0-7 god			
7-19 god			
19-65 god			
preko 65 god			
UKUPNO			

Sredstva iz stava 1. ovog člana su predviđena za period od jedne godine, te se 1/12 tog iznosa opredjeljuje mjesečno, za realizaciju pilot ugovaranja, a počev od 01.01._____.

Prema gornjoj tabeli, ugovornom porodičnom doktoru pripada _____ KM mjesečno.

Ugovornom porodičnom doktoru, po osnovu tačke 2 iz člana 32, pripadaju i sredstva za pokrivanje dijela troškova ampularnih lijekova u visini _____ KM

po jednom registrovanom osiguranom licu za period od dvanaest mjeseci, što iznosi _____ KM ili _____KM mjesečno.

Ugovornom porodičnom doktoru, po osnovu tačke 3 iz člana 32, pripadaju i sredstva za laboratorijsku dijagnostiku u iznosu od _____ KM po osiguranom licu, što iznosi _____ KM mjesečno.

Član 34.

Dom zdravlja zadržava iznos od 7% ukupnog iznosa kojeg čini prihod od kapitacije ugovornog porodičnog doktora iz člana 33, a kojim će finansirati aktivnosti organizacije, praćenja, evaluacije, kontrole i izvještavanja

Član 35.

Ugovorni porodični doktor će za potrebe nabavki, održavanja, čišćenja i drugih usluga, koristiti usluge doma zdravlja, što će plaćati iz vastitih sredstava.

Član 36.

Ugovorni porodični doktor dostavlja mjesečnu fakturu urađenu u skladu sa kompenzacijom iz člana 33. ovog ugovora, umanjenu za iznos definisan u članu 34. ovog govora.

Član 37.

Ugovorni porodični doktor dužan je od naplaćenog iznosa kompenzacije, izmiriti troškove rada ambulante, koje čine:

1. plaće medicinskih sestara sa doprinosima i porezima saglasno Kolektivnom ugovoru o pravima i obavezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva;
2. troškovi ampularnih lijekova i sanitetskog materijala;
3. režijski troškovi;
4. troškovi zakupa i/ili održavanja ambulante;
5. troškovi obrazaca (karton, uputnice) iz člana 5 ovog ugovora;
6. plaće ugovornih porodičnih doktora sa doprinosima i porezima saglasno Kolektivnom ugovoru o pravima i obavezama poslodavaca i uposlenika u oblasti zdravstva.

Član 38.

Radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite ugovorni porodični doktor ima pravo, u razdoblju od sedam dana tokom godine, a u skladu sa odredbama općih akata ljekarske komore o stručnom usavršavanju zdravstvenih radnika, stručno se usavršavati na teret sredstava koja su uključena u godišnji novčani iznos po osiguranom licu.

Član 39.

Ugovorni porodični doktor obavezan je, za pruženu zdravstvenu zaštitu u vezi s liječenjem zbog povreda na radu, odnosno profesionalne bolesti odmah izvijestiti Dom zdravlja radi ispostavljanja pojedinačnog računa.

Član 40.

Osigurana lica učestvuju u pokrivanju dijela troškova zdravstvene zaštite plaćanjem participacije u skladu sa propisima.

Način naplaćivanja sredstava participacije iz stava 1.ovog člana vršit će se propisanom metodologijom i u skladu sa aktima Doma zdravlja.

Član 41.

Sve eventualne sporove koje nastanu u izvršenju ovog ugovora ugovorne strane će nastojati riješiti sporazumno, mirnim putem.
Ugovorne strane mogu eventualne sporove rješavati i u postupku medijacije, a saglasno propisima o medijaciji.
U slučaju da ugovorne strane ne postignu mirno rješenje nastalog spora ili ne uspije postupak medijacije, ugovara se mjesno nadležni sud prema mjestu zaključenja ovog ugovora.

Član 42.

Ovaj ugovor stupa na snagu nakon potpisivanja od ugovornih strana i pribavljanja saglasnosti Zavoda.
Prava i obaveze proistekle iz ovog ugovora primjenjuje se od 01.01._____. godine.

Član 43.

Ovaj ugovor je sačinjen u 6 (šest) istovjetnih primjeraka, od kojih ugovorne strane zadržavaju po 2 (dva) primjerka, a dva primjerka se doznačavaju Zavodu zdravstvenog osiguranja _____ kantona.

Dom zdravlja _____
Direktor:
dr. _____

Ugovorni porodični doktor

dr. _____

Broj:
Datum:

S A G L A S A N
Zavod zdravstvenog osiguranja
_____ kantona

Direktor:

_____

Broj:
Datum:

Prilog 4

Uputstvo za registraciju osiguranih lica za ambulante porodične medicine i opće medicine na području kantona

Ovim Uputstvom se utvrđuje sadržaj i način registracije osiguranih lica za ambulante porodične medicine i opće medicine na području kantona.

Uputstvo bliže definiše mjesto i način registracije, informisanje stanovništva o načinu provođenja registracije, pitanje izbora osiguranog lica od strane doktora, međusobne odnose doktora i osiguranog lica, kao i reklamiranje – kampanju od strane doktora.

Sloboda izbora doktora

Slobodu izbora doktora imaju osigurana lica koja su u momentu izbora porodičnog doktora punoljetna. Za maloljetna lica porodičnog doktora će birati njihovi roditelji ili staratelji.

U procesu registracije osiguranih lica za ambulante porodične medicine za 2011. godinu osigurana lica se mogu registrovati samo za ambulantu kojoj, prema mjestu stanovanja, geografski pripadaju.

Gravitaciono područje za svaku od ambulanti određuje menadžment nadležnog doma zdravlja u dogovoru sa Zavodom zdravstvenog osiguranja. Prilikom registracije osigurana lica nisu imala mogućnost slobodnog izbora porodičnog doktora za koga će biti registrovani, ali je svaki od osiguranih lica registrovan kod jednog od porodičnih doktora.

U toku registracije za godinu u kojoj bude primijenjeno pojedinačno ugovaranje sa porodičnim doktorima (2012), osigurana lica će imati slobodu opredjeljivanja za porodičnog doktora unutar njihove ambulante porodične medicine, ukoliko u ambulanti ima više od jednog tima.

Počev od registracije za godinu koja slijedi nakon godine u kojoj je započelo pojedinačno ugovaranje sa doktorima porodične medicine (2014), osigurana lica će imati slobodu izbora porodičnog doktora na području općine u kojoj imaju prebivalište, ako je cijela općina pokrivena porodičnom medicinom i pojedinačnim ugovaranjem sa doktorima porodične medicine.

Mjesto i način registracije

Registracija osiguranih lica za ambulante porodične medicine će se provoditi u ambulantama porodične medicine za osigurana lica koja žive u gravitacionom području određene ambulante.

Registracija se, u pravilu, vrši za cijelu porodicu, ali je moguća i za pojedinačne članove.

Za područja koja nisu obuhvaćena postojećim ambulantama porodične medicine, osigurana lica će se registrovati prema naseljenom mjestu, i do otvaranja ambulante porodične medicine zdravstvenu zaštitu će ostvarivati u ambulanti opće medicine kojoj gravitiraju, a prema odluci menadžmenta doma zdravlja.

Kada se steknu uslovi za otvaranje nove ambulante porodične medicine na određenom području, menadžment doma zdravlja će definisati gravitaciono područje nove ambulate, te će prema tome sva osigurana lica sa tog područja biti registrovana za novu ambulantu porodične medicine.

Registracija će se provoditi popunjavanjem registracionog obrasca.

Rokovi za provođenje registracije

Proces intenzivne registracije osiguranih lica za ambulante porodične medicine i opće medicine će, nakon uvođenja pojedinačnog ugovaranja sa timovima porodične medicine, na području kantona, biti provođena u perodu 01. oktobar – 15. novembar za sljedeću kalendarsku godinu.

Nakon tog roka provodiće se kontinuirana registracije novorođenih osiguranih lica, kao i osiguranih lica koja su promijenila mjesto boravka.

Osigurana lica koja ne budu registrovana ni za jednu od ambulanti porodične medicine ili opće medicine na području općine u kojoj imaju prebivalište, registraciju za ambulante porodične medicine ili opće medicine, a u skladu sa ovim Uputstvom, nakon navedenog roka mogu obaviti po posebnoj proceduri u nadležnom domu zdravlja.

U periodu za koji finansiranje rada ambulanti porodične medicine i opće medicine bude ugovorom definisano na osnovu broja i starosne strukture registrovanih osiguranih lica, osiguranim licima koja ne budu registrovana u skladu sa ovim Uputstvom, pružaće se samo hitna medicinska pomoć.

Osigurana lica koja će biti obuhvaćena procesom registracije za ambulante porodične medicine moraju biti, putem sredstava informisanja, blagovremeno i potpuno informisana o kompletnom procesu. Ovo informisanje će provesti Kantonalni zavod za javno zdravstvo, u saradnji sa nadležnim domovima zdravlja.

Prenos kartona

Po završenoj registraciji prema ovom Uputstvu, u roku od najdalje 30 dana, dom zdravlja će obezbjediti da se zdravstveni kartoni svih osiguranih lica prenesu u ambulante za koje su registrovani.

Zdravstveni kartoni iz tzv. radničkih ambulanti, odnodno ambulanti medicine rada, će se prenijeti u ambulante porodične medicine ili opće medicine, za koje su osigurana lica registrovana prema mjestu stanovanja.

Djeca do navršenih 7 godina starosti će se registrovati prema mjestu stanovanja, ali će, do donošenja Pravilnika o registraciji i slobodnom izboru doktora porodične medicine, moći zadržati zdravstvene kartone u službama za zdravstvenu zaštitu predškolske djece, o ćemu će bližu odluku donijeti menadžment doma zdravlja u skladu sa Osnovnim uslovima potrebnim za priznavanje porodične medicine, koje je utvrdio Upravni odbor Zavoda zdravstvenog osiguranja.

Prilog 5

Obrazac
za registraciju osiguranih lica
za timove porodične medicine

OBRAZAC

za registraciju osiguranih lica za ambulante

Prezime porodice _____

Mjesto _____ **Adresa:** _____

R.b.	Ime	Matični broj	Srodstvo	Pol	Godina rođenja	Zdravstveno stanje	Invalidnost (%invalidnosti)	Diabetes	Hipertenzija

Ovim izražavam želju da se moja porodica liječi u ambulanti porodične medicine _____ **,**

Potpis nosioca porodice:

_____

Prilog 6

Kartoni za praćenje primjene osnovnih uslova za priznavanje porodične medicine

KARTON ZA PRAĆENJE DIJABETIČARA

Ime i prezime: _____ **Broj kartona:** _____

Tip dijabetesa: **DM 1** **DM 2** **Visina:** _____ **Tjelesna težina:** _____ **BMI:** _____

Period	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.	6 sedmica	3 mjes.
Datum																
GUK na tašte																
DIJETA																
AKTIVNOSTI																
TEZINA																
Krvni pritisak																
KOLESTEROL																
Trigliceridi																
URIN: proteini																
URIN: ketoni																
KOŽA (stopala)																
KREATININ																
EKG																
FUNDUS OKA																

Debela linija ——— Praćenje DM tip 2 svaka tri mjeseca

Tanka linija _____ Praćenje DM tip 1 svakih 6 sedmica

KARTON ZA PRAĆENJE HIPERTENZIJE

Ime i prezime: _____ **Broj kartona:** _____

DM **Holesterol** **Porodična historija** **Neaktivnost**
Obesitas **Pušenje** **Alkohol** **Ostali**

Period	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec	1 mjesec
Datum												
TA												
Puls												
BMI												
Dijeta												
Lijekovi*												
Na												
K												
Holesterol												
Trigliceridi												
Urea/kreatinin												
EKG (opis)												
Očni fundus												

* Sifriranje antihipertenziva

1. ACE
2. β blokatori
3. α blokatori
4. diuretici
5. Ca antagonist
6. Inhibitor receptora angiotenzina 2
7. Drugi

PLAN SESTRINSKE NJEGE

(patronažna sestra)

Ime i prezime pacijenta: _____ **Broj kartona:** _____

Datum	Potrebe pacijenta (problemi)	Očekivani rezultati	Planirane intervencije	Realizovane intervencije	Evaluacija

Potpis medicinske sestre:

_____

KARTON ZDRAVSTVENE NJEGE DOJENČETA

Ime i prezime majke: _____ **Broj kartona** _____

Ime djeteta: _____ **Pol:** **M** **Ž** **Datum rođenja** _____

Način poroda: **Porođajna težina:** _____ **Porođajna dužina:** _____

Datum	Starost bebe	Visina	Težina	VF i OG	Prehrana	Stanje djeteta	Sestrinska intervencija

Potpis patronažne sestre:

_____

OBRAZAC

ZA SESTRINSKU PROCJENU

Ime pacijenta: _____ **Broj kartona :** _____

Kontakt osoba : _____ **Bracno stanje :** _____

Osiguranje : _____ **Starost :** _____

Broj telefona : _____

Alergije : _____

Lične navike:

Duhan _____
Alkohol _____
Kafa _____
Drugo _____

Smjestaj : _____

Prihodi : _____

Zanimanje : _____

Mreza socijalne podrske : _____

Porodica/Prijatelji : _____

Rekreacija/ Hobiji : _____

Mobilnost/Sigurnosti : _____

Odmor/ San : _____

Ishrana : _____

Uriniranje/Stolica : _____

Koza/Higijena : _____

Komunikacija : _____

Sta pacijent kaže o svojoj bolesti (poznavanje dijagnoze, reakcija na bolest, odnos porodice) :

KARTON ZA PRAĆENJE TRUDNICE

Ime i prezime: _____ **Broj kartona:** _____

Datum rođenja: _____ **Zanimanje:** _____

Adresa: _____ _____ **Telefon:** _____

Lična anamneza: (bračno stanje, trajanje braka, slaganje u braku, broj poroda, broj abortusa, broj djece)

_____

_____

Ko vodi trudnoću? (odjeljenje u domu zdravlja ili bolnici) _____
Ime doktora) _____

Datum očekivanog poroda
_____

Planira se poroditi:
U porodilištu **Kod kuće**

Datum	Stanje žene (glavobolje, otoci, povraćanje, zubi, dojke, vene, sekret, duševno stanje)	Urađeni lab.nalazi ili ultrazvuk	Savjeti ili intervencija sestre	Potpis trudnice

KARTON ZA PRAĆENJE PORODILJE

Ime i prezime: _____ **Broj kartona:** _____

Datum rođenja: _____ **Zanimanje:** _____

Adresa: _____ **Telefon:** _____

Datum porođaja: _____ **Porođaj**: *normalan* *prije vremena* *operativno*

Mjesto porođaja: _____ **Ime doktora koji je obavio porođaj** _____

Koliko je djece rođeno u porođaju: _____

Ako je dijete umrlo - uzrok smrti: _____

Porođajna težina djeteta: _____ **Porođajna dužina djeteta:** _____

Da li majka doji _____ **Ako ne doji, zašto?** _____

Datum	Stanje žene (dojke, bradavice dojki, lohija, ishrana, duševno stanje, lična higijena, hemoroidi, stanje epiziotomijske rane)	Savjeti ili intervencija sestre	Potpis porodilje

PROBLEM LISTA

Ime i prezime: _____ **Broj kartona:** _____

Datum početka	Lista aktivnih medicinskih problema	Datum završetka