

**BOSNA I HERCEGOVINA  
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE  
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA**

PROJEKT JAČANJA ZDRAVSTVENOG SEKTORA – DODATNO FINANSIRANJE

Komponenta projekta:  
**„Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta  
preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“**

**ZAVRŠNI IZVJEŠTAJ**

Sarajevo, 31.05.2014.godine

# *Sadržaj*

Popis tabela i grafikona

Predgovor

1. Uvodna razmatranja i formulacija problema
2. Ciljevi i nosioci projekta
3. Metodologija projekta
  - 3.1. Izbor pilot lokacija i timova obiteljske medicine
    - 3.1.1. Kriteriji za odabir pilot timova
  - 3.2. Koncept preventivne obrade pacijenta, zdravstveni odgoj i kućne posjete
    - 3.2.1. Podjela zadataka u timu obiteljske medicine
  - 3.3. Shema nagradnog plaćanja
    - 3.3.1. Dizajn indikatora izvedbe; prag i ponder
    - 3.3.2. Izračunavanje iznosa nagradnog plaćanja
  - 3.4. Institucionalni aranžmani i tok finansijskih sredstava
    - 3.4.1. Ugovaranje i nagradna plaćanja
  - 3.5. Sistem monitoringa i evaluacije
    - 3.5.1. Radne grupe
    - 3.5.2. IT podrška
  - 3.6. Komunikacijski plan
    - 3.6.1. Medijska kampanja
  - 3.7. Obuka za sve sudionike projekta
  - 3.8. Vremenska dinamika projektnih aktivnosti
4. Rezultati projekta
5. Diskusija
6. Zaključci i preporuke projekta
7. Glosar
8. Literatura
9. Prilozi tehničkom priručniku za implementaciju projektnih aktivnosti
  - Prilog 1. Tekst ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i doma zdravlja, te između doma zdravlja i članova tima obiteljske medicine;
  - Prilog 2. Izvještajni obrasci i evidencije u oblasti preventivno-promotivnog rada sa uputama za implementaciju
  - Prilog 3. Procjena zdravstvenih potreba stanovništva za prevencijom („model životnog ciklusa“)
  - Prilog 4. Uputstvo za korištenje web aplikacije za preventivnu medicinu
  - Prilog 5. Lista imena radnih grupa u projektu
  - Prilog 6. Kliničke smjernice za rano otkrivanje i prevenciju bolesti: hipertenzija, pušenje, gojaznost, fizička neaktivnost, dislipidemija, diabetes, karcinom cerviksa, karcinom dojke, karcinom debelog crijeva

## Popis tabela

Tabela 4.1.1.1.: *Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013. godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.1.1.2.: *Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u F BiH po domovima zdravlja i kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.2.1.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.2.2.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.3.1.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.3.2.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar po kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.3.3.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.3.4.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo po kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.3.5.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.3.6.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Tuzla po kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.3.7.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.3.8.: *Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica po kvartalima 2013.godine*

Tabela 4.1.4.1.: *Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne grupe u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.1.4.2.: *Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne grupe u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.1.5.1.: *Prosijek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne skupine u F BiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.1.5.2.: *Prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne skupine u F BiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.1.6.1.: *Spolna struktura obrađenih pacijenata u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.6.2.: *Spolna struktura obrađenih pacijenata po kvartalima 2013.godine i indikatorima izvedbe*

Tabela 4.1.7.1.: *Distribucija obrađenih registriranih pacijenata po dobnim skupinama u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.1.7.2.: *Dobne skupine obrađenih pacijenata u I kvartalu 2013.godine*

Tabela 4.1.7.3.: *Dobne skupine obrađenih pacijenata u II kvartalu 2013.godine*

Tabela 4.1.7.4.: *Dobne skupine obrađenih pacijenata u III kvartalu 2013.godine*

Tabela 4.1.7.5.: *Dobne skupine obrađenih pacijenata u IV kvartalu 2013.godine*

Tabela 4.2.1.1.: *Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH na kvartalnom nivou u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.2.2.1.: *Prosječna izvršnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima*

Tabela 4.2.3.1.: *Prosječna kvartalna izvršnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena u bodovima*

Tabela 4.2.3.2.: *Prosječna kvartalna izvršnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena kao postotak opsega izvršnosti za pojedine indikatore*

Tabela 4.2.4.1.: *Izvršnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine izražena kao postotak opsega izvršnosti za pojedine indikatore*

Tabela 4.2.5.1.: *Izvršnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja izražena u bodovima*

Tabela 4.2.6.1.: *Omjer prosječno ostvarenih bodova po timu u ispunjenju svih indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja*

Tabela 4.3.1.1.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine*

Tabela 4.3.2.1.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar*

*periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.2.2.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.2.3.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.2.4.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.2.5.: Distribucija rizika po gradovima od najveće učestalosti ka najmanjoj s oznakom statističke značajnosti razlike (\*)*

*Tabela 4.3.2.6.: Razlike u prevalenciji rizika između gradova bez statističke značajnosti razlike na razini povjerenja  $p < 0,05$*

*Tabela 4.3.3.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.4.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine*

*Tabela 4.3.5.1.: Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u F BiH tokom 2013.godine*

## **Popis grafikona**

Grafikon 4.2.1.1.: *Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine na kvartalnom nivou*

Grafikon 4.2.2.1.: *Prosječna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe pilot timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine*

Grafikon 4.2.4.1.: *Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne grupe timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima*

Grafikon 5.2.4.2.: *Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe kontrolne grupe timova obiteljske medicine u F BiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima*

Grafikon 4.2.6.1.: *Ostvareni prosječan broj bodova po timu kvartalno u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja*

Grafikon 4.3.1.1.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine*

Grafikon 4.3.2.1.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine*

Grafikon 4.3.2.2.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine*

Grafikon 4.3.2.3.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine*

Grafikon 4.3.2.4.: *Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine*

Grafikon 4.3.3.1.: *Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po spolu u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine*

Grafikon 4.3.4.1.: *Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine*

Grafikon 4.3.5.1.: *Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u F BiH tokom 2013.godine*

## ***P r e d g o v o r***

*Sektor za implementaciju projekata Federalnog ministarstva zdravstva je u okviru Projekta jačanja zdravstvenog sektora, odnosno podkomponente 1.2. po naslovom „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“, pripremio ovaj dokument pod naslovom „Završni izvještaj o projektnim aktivnostima“.*

*Cilj ovog dokumenta je da posluži kao vodič za implementaciju pomenute podkomponente projekta. Imajući u vidu veliki broj sudionika ovog projekta, kako broj timova obiteljske medicine, tako i brojne ustanove ključnih donosilaca odluka u zdravstvenom sistemu iz četiri kantona i Federacije Bosne i Hercegovine, bilo je potrebno detaljno objasniti mehanizme upravljanja projektom. Pored toga, ovdje je istovremeno izložen stručni koncept novog mehanizma plaćanja u obiteljskoj medicini, tzv. „nagradno plaćanje“, te standardizacija postupaka i procedura u preventivno-promotivnom radu timova obiteljske medicine.*

*Ovaj tekst bi trebao biti osnovni edukativni materijal za sve buduće sudionike ovog koncepta preventivno-promotivnog rada u obiteljskoj medicini, kako bi bolje razumjeli sve sastavne dijelove ovog koncepta, te vidjeli njegovu „širu sliku“ i značaj za reformu našeg zdravstvenog sistema.*

*U cilju realizacije važnih reformi Federalno ministarstvo zdravstva želi izgraditi partnerski odnos sa predstavnicima ključnih interesnih skupina i donosilaca odluka u zdravstvu, kao što su ministarstva zdravstva, zavodi zdravstvenog osiguranja, zavodi za javno zdravstvo, domovi zdravlja, Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH, te profesionalnih komora i udruženja. Koristim ovu priliku zahvaliti se svima koji su do sada dali svoj doprinos u dizajnu ovog projektnog zadatka.*

***Prof.dr Boris Hrbač***

## 1. Uvodna razmatranja i formulacija problema

Epidemiološki podaci o morbiditetu i mortalitetu nedvojbeno ukazuju na porast udjela hroničnih nezaraznih bolesti u sveukupnom teretu bolesti u Federaciji Bosne i Hercegovine, što je između ostalog i rezultat nezdravih stilova života kod stanovništva. Najveći dio tereta bolesti u F BiH otpada na kardio-vaskularne bolesti, maligne bolesti i diabetes melitus.

Naš novi koncept obiteljske medicine proklamira naglasak na promociji zdravlja, a ne jedino na odsustvu bolesti, kao jedan od temeljnih principa primarne zdravstvene zaštite. U kontekstu povećanih zahtjeva za terapijskim uslugama, logično je pretpostaviti da će pružanje preventivno-promotivnih usluga biti smanjeno. S druge strane znamo da se značajan dio usluga koje se pružaju kroz zdravstveni odgoj, bilo u ambulanti ili u domu korisnika, ne evidentira. U takvoj situaciji stvarni broj pruženih preventivnih usluga u našem sistemu zdravstvene zaštite ostaje netransparentan.

Tokom posljednjih petnaest godina uložena su značajna sredstva u jačanje obiteljske medicine, kako u pogledu ulaganja u građevinske radove i medicinsku opremu, tako i u edukaciju kadra kroz specijalizaciju iz obiteljske medicine ili kroz program dodatne obuke („PAT“). Također je uloženo mnogo napora u jačanje novog modela organizacije rada i finansiranja obiteljske medicine. Međutim, zdravstvene vlasti nisu uspjele u cijelosti realizirati novi način ugovaranja i plaćanja timova obiteljske medicine, što bi kreiralo niz motivacijskih faktora koji bi olakšali upravljanje u tom subsektoru zdravstva.



## 2. Ciljevi i nosioci projekta

U okviru „Projekta jačanja zdravstvenog sektora – dodatno finansiranje“ u BiH (2012-2014.godina) implementirana je komponenta projekta pod naslovom „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“. Dva osnovna cilja ovog projekta su bili slijedeći:

- razviti obavezujući standardizirani set preventivno-promotivnih zadataka za timove obiteljske medicine;
- testirati “nagrada plaćanja” za dobru praksu u oblasti sprovedbe pomenutog preventivno-promotivnog seta usluga na pilot uzorku od najviše 100 timova u F BiH.

Ovu studiju možemo označiti kao „eksperimentalnu kontroliranu studiju“. Nulta hipoteza studije glasi: finansijske motivacije ne utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. Alternativna hipoteza studije glasi: finansijske motivacije utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. U cilju izbjegavanja pristrasnosti u uzorkovanju optimalno bi bilo primijeniti metod „slučajnog izbora“, te na taj način svrstati timove obiteljske medicine u dvije ispitivane grupe.

Dugoročni cilj projekta, nakon njegovog završetka, je da standardizirani set preventivno-promotivnih zadataka postane održivi dio preventivnih usluga u timu obiteljske medicine, da doprinese podizanju kvaliteta zdravstvenih usluga, te da uvede nagradno plaćanje kao novi mehanizam plaćanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u F BiH.

Rukovodilac projekta je bio Sektor za implementaciju projekata Federalnog ministarstva zdravstva, a sproveo se u koordinaciji sa ključnim akterima, kao što su slijedeći: kantonalna ministarstva zdravstva, zavodi zdravstvenog osiguranja, zavodi za javno zdravstvo, i domovi zdravlja u pilot kantonima. Pored toga, značajnu ulogu u projektu su imale slijedeće federalne institucije: AKAZ, Zavod za javno zdravstvo F BiH i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja F BiH. Projekt je finansiran sredstvima Svjetske banke, kao i Vlade F BiH.

Ovu studiju možemo označiti kao „eksperimentalnu kontroliranu studiju“. Nulta hipoteza studije glasi: finansijske motivacije ne utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. Alternativna hipoteza studije glasi: finansijske motivacije utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. U cilju izbjegavanja pristrasnosti u uzorkovanju optimalno bi bilo primijeniti metod „slučajnog izbora“, te na taj način svrstati timove obiteljske medicine u dvije ispitivane grupe.

### 3. Metodologija projekta

U skladu sa dva komplementarna cilja projekta, bilo je potrebno razraditi skupinu relevantnih metoda za implementaciju, a tiču se slijedećih oblasti: (a) izbor pilot lokacija i timova obiteljske medicine; (b) koncept "preventivne obrade pacijenta", zdravstveni odgoj i kućne posjete; (c) shema "nagradnog plaćanja"; (d) institucionalni aranžmani i tok finansijskih sredstava; (e) sistem monitoringa i evaluacije; (f) komunikacijski plan; (g) obuka za sve sudionike projekta.

#### 3.1. Izbor pilot lokacija i timova obiteljske medicine

Osnovni cilj projekta je bio testirati nagradno plaćanje za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine. U okviru projektne dokumentacije planirano je testirati pomenuti novi model plaćanja kod najviše 100 pilot timova obiteljske medicine na teritoriju F BiH. Federalno ministarstvo zdravstva se je opredijelilo da se napravi odabir 100 timova obiteljske medicine, sukladno postavljenim kriterijima, u okviru domova zdravlja u slijedećim gradovima: Tuzla, Zenica, Sarajevo i Mostar.

Od izuzetne je važnosti da svi timovi prihvate dobrovoljno sudjelovati u projektu, te da se respektiraju postavljeni kriteriji za uključivanje timova u ispitivani uzorak. Nakon odabira 100 pilot timova u 4 doma zdravlja u Federaciji, pristupili smo procesu obuke svih sudionika projekta na potpuno identičan način (pogledaj poglavlje 3.7. „Obuka za sve sudionike projekta“). Od svih pilot timova se očekivalo da primjenjuju potpuno identičan set preventivno-promotivnih usluga, te da primjenjuju istu metodologiju rada. U okviru uzorka od 100 pilot timova u Federaciji, u svakom od domova zdravlja formirali smo dvije ispitivane grupe timova, eksperimentalna i kontrolna, a u odnosu 50% : 50%. Timovi su podijeljeni u dvije pomenute skupine metodom „slučajnog izbora“, kako bi se mogućnost utjecaja nezavisnih varijabli na testiranu hipotezu svela na minimum.

Od timova u kontrolnoj grupi smo očekivali da primjenjuju preporučeni model preventivnog rada i da o tome izvještavaju na kvartalnoj osnovi. Nagradna plaćanja za timove u kontrolnoj grupi predstavljaju kompenzaciju / nagradu za poslove izvještavanja, a bila su isplaćena po principu „sve ili ništa“ za tačno i blagovremeno izvještavanje. Indikatori izvedbe timova iz kontrolne grupe su bili korišteni za statističku obradu u okviru projekta, ali nisu bili osnova za nagradno plaćanje. Timovi iz eksperimentalne grupe su primjenjivali isti model preventivnog rada kao i kontrolna grupa, s tom razlikom da su bili kvartalno nagrađeni metodom nagradnog plaćanja sukladno svojim indikatorima izvedbe. Svi pilot timovi su, nakon provedene obuke i odabira eksperimentalne i kontrolne grupe, bili jasno informirani o obostranim očekivanjima, tj.o svojim pravima i obavezama. Timovi iz kontrolne grupe su znali da se od njih očekuje da demonstriraju izvrsnost u oblasti preventivno-promotivnog rada, ali da za to neće biti dodatno plaćeni. U isto vrijeme se od timova kontrolne grupe neće i ne može skriti rad eksperimentalne grupe, koja je bila finansijski stimulirana za izvrsnost. Na taj način je testirana povezanost finansijske stimulacije kreirane kroz mehanizam nagradnog plaćanja sa indikatorima izvedbe timova u obje ispitivane skupine. Statistička obrada rezultata bi trebala odgovoriti na pitanje da li finansijske stimulacije stoje u korelaciji sa izvrsnošću pružanja preventivno-promotivnih usluga.

Ovu studiju možemo označiti kao „eksperimentalnu kontroliranu studiju“. Nulta hipoteza studije glasi: finansijske motivacije ne utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. Alternativna hipoteza studije glasi: finansijske motivacije utječu na indikatore izvedbe preventivno-promotivnog rada. U cilju izbjegavanja pristrasnosti u uzorkovanju optimalno bi bilo primijeniti metod „slučajnog izbora“, te na taj način svrstati timove obiteljske medicine u dvije ispitivane grupe.

### 3.1.1. Kriteriji za odabir pilot timova

Kriteriji za odabir timova u pilot projekt su bili slijedeći:

- Definiran sastav tima obiteljske medicine, formiranog u jednoj od navedene dvije varijante: (a) 1 liječnik obiteljske medicine, 1 sestra za rad u zajednici i 1 medicinska sestra za rad u ambulanti; (b) liječnik obiteljske medicine, sestra za rad u ambulanti. Članovi tima bi trebali provoditi u svojoj ambulanti puno radno vrijeme, te se ne bi smjeli premještati iz jedne ambulante u drugu u periodu trajanja projekta;
- Timovi posjeduju liste svojih pacijenata zajedno sa njihovim zdravstvenim kartonima; pacijenti su svrstani u dobne skupine; eksplicitno je istaknut ukupan broj registriranih pacijenata, kao i broj pacijenata po dobnim skupinama i spolu;
- Broj pacijenata po timu respektira optimalan raspon od minimalnog (1.000 kartona) do maksimalnog (2.200 kartona);
- Timovi ispunjavaju kriterije prostora, kadra i opreme, sukladno dobroj praksi našeg zdravstvenog sistema;
- Članovi tima su završili dodatnu edukaciju za obiteljsku medicinu (npr. PAT program) ili pak specijalizaciju obiteljske medicine (za liječnike);
- Uspostavljen sistem naručivanja pacijenata / zakazivanja pregleda; 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 imenima članova tima obiteljske medicine koji radi u ambulanti;
- Prakticiraju sistem aktivne zdravstvene zaštite, kao npr. kućne posjete u smislu patronažnih posjeta ili kućnog liječenja;
- Razvijen sistem informatizacije u ambulanti obiteljske medicine, koristeći odgovarajući hardver i softver, može predstavljati kriterij za distinktivnu prednost jednog tima u poređenju sa drugim.

### 3.2. Koncept “preventivne obrade pacijenta”, zdravstveni odgoj i kućne posjete

Naš koncept “preventivne obrade pacijenta” uključio je kreiranje evidencijskog obrasca, kao dodatka zdravstvenom kartonu, pod naslovom “List preventivne obrade pacijenta”, koji je uključio otkrivanje i praćenje slijedećih faktora rizika za razvoj hroničnih nezaraznih bolesti: (a) hipertenzija; (b) gojaznost; (c) pušenje; (d) fizička neaktivnost; (e) dislipidemija; (f) diabetes mellitus. Pomenutih šest faktora rizika su bili predmet *organiziranog masovnog skrininga*, te izvještavanja ka zavodu zdravstvenog osiguranja sa ciljem isplate „nagrada plaćanja“. Pored pomenutih šest faktora rizika, bilo je neophodno evidentirati skupinu relevantnih promotivno-preventivnih programa za pojedine pacijente i populacijske skupine, označenih kao „ostali faktori rizika i skriningi“. Za značajan broj osoba određenog spola i starosti od interesa su skriningi i savjetovanja u vezi prevencije i ranog otkrivanja karcinoma grlića materice, dojke i debelog crijeva. Pored navedenih karcinoma, niz drugih oboljenja i

faktora rizika mogu postati predmetom *individualnog ranog otkrivanja*. U okviru ovog polja u evidencijskom obrascu omogućen je unos bilo kog drugog relevantnog skrininga i savjetovanja za pojedinca, kao npr. spolno prenosive bolesti, rizik od prijenosa HIV infekcije, nasilje u kući, itd. Usluge označene kao „ostali faktori rizika i skriningi“ nisu bile predmet nagradnog plaćanja, što nikako ne znači da se ne trebaju raditi. Međutim, od liječnika se očekuje da pacijentu daje savjet o potrebi skrininga, da evidentira upućivanje pacijenta na neki od pomenutih skrininga, te potom da evidentira rezultate skrining testa i ostale relevantne dijagnostičke pretrage. Smjernice za skrining programe u smislu intervala skrininga i ciljnih dobrih skupina su jasno razrađene kroz metodološko uputstvo i nalaze se u prilogu ovog izvještaja. Evidencijski obrazac, odnosno „list preventivne obrade pacijenta“, se također nalazi u okviru priloga ovog dokumenta.

*Pozivanje pacijenata* na preventivnu obradu se je odvijalo koristeći: (a) sistem tekućih posjeta pacijenata u ambulantama; (b) pozivanje pacijenata na preventivnu obradu prilikom kućnih posjeta; (c) medijsku kampanju. Kriteriji za uključivanje pacijenata u preventivnu obradu moraju respektirati shemu „životnog ciklusa“, koja upućuje na činjenicu da svaki pacijent ima drugačiji spektar rizika sukladno dobnoj skupini i spolu (tabela u prilogu). Zbog jednostavnosti sistema evidentiranja i izvještavanja, koristili smo isti dodatak kartonu za preventivnu obradu za sve pacijente. Rezultati nekih prethodnih istraživanja kod nas ukazuju na to da je prosječno moguće preventivno obraditi, odnosno evidentirati rizike za oko 135-225 pacijenata kvartalno. U skladu sa Zakonom o pravima i obavezama pacijenata u F BiH, kao i Evropskom Deklaracijom o pravima pacijenata, preduvjet za preventivnu obradu pacijenta je njegov informirani pristanak.

Preventivno-promotivne usluge u ambulanti, usmjerene ka pojedincu, moraju se označavati kao prve i ponovne posjete u cilju odgovarajućeg izvještavanja i nagradnog plaćanja. *Prvom posjetom* će se smatrati evidentiranje pomenutih faktora rizika i skrininga, povezano sa kalendarskom godinom. Pod *ponovnom posjetom* smatrati će se svaki naredni pregled i usluga, vezana uz postojanje evidentiranog rizika tokom prve posjete. Kućne posjete, tematski rad sa malom grupom i predavanja u velikoj grupi su evidentirane samo kao ukupan broj usluga pruženih kvartalno, izražen apsolutnim brojem, bez označavanja prva / ponovna posjeta. Pomenuti principi su važni za izvještavanje prema zavodu zdravstvenog osiguranja u smislu praćenja indikatora izvedbe. Evidentiranje faktora rizika se u principu za svakog pacijenta radi jednom godišnje, kao prva posjeta u svakoj kalendarskoj godini. Evidentiranje faktora rizika će se raditi na godišnjoj osnovi zbog realne mogućnosti pojave nekog od njih (npr. pušenje, gojaznost, ili fizička neaktivnost). Na taj način ova usluga kao prvi pregled može trajno služiti kao indikator izvedbe tima obiteljske medicine u svakoj novoj kalendarskoj godini.

Zdravstveni odgoj predstavlja svaku aktivnost koja ide za tim da unaprijedi zdravlje pojedinca i zajednice vlastitim snagama i sredstvima. To je svjesni psihološko-pedagoški proces učenja i sticanja znanja i vještina o zdravlju čime se pojedinac i zajednica motiviraju da participiraju u zaštiti svog zdravlja i zdravlja zajednice, što se smatra najefikasnijim, najefektivnijim i najracionalnijim vidom zdravstvene zaštite. Zdravstveno-odgojne aktivnosti se mogu obavljati na slijedećim mjestima: ambulantni prostori, dom korisnika, te razna ostala mjesta gdje ljudi žive, rade ili se družu (predškolske i školske ustanove, radni kolektivi, sportske organizacije, mjesne zajednice, udruge pacijenata, domovi za lica treće dobi, domovi za djecu, udruge građana, nevladine udruge, itd.).

Metode rada u zdravstvenom odgoju podrazumijevaju individualni i grupni pristup. Individualni pristup se odnosi na komunikacijski proces usmjeren ka pojedincu, bilo u ambulantnom prostoru ili u domu korisnika. Kontakt sa pacijentom u njegovom domu označavamo terminom kućna posjeta. Polivalentna patronažna posjeta je sastavni dio našeg koncepta rada obiteljske medicine, obavlja je sestra za rad u zajednici, a uključuje mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije primjenjene u domu korisnika.

Grupni pristup u zdravstvenom odgoju se odnosi na rad sa grupom osoba, najčešće u slijedećoj formi: (a) tematski rad sa malom grupom; (b) predavanje u velikoj grupi. Tematski rad sa malom grupom pacijenata se odvija u ambulantnim prostorima i odnosi se na neku od aktuelnih tema promocije zdravlja ili razvoja odgovarajućih znanja za primjenu terapijskih mjera kod manje grupe pacijenata. Predavanje u velikoj grupi se može raditi u ambulantnim prostorima, ali se najčešće radi u drugim prostorima gdje se ljudi okupljaju, te se odnosi na široki spektar relevantnih tema iz oblasti promocije zdravlja. Usluge zdravstvenog odgoja u grupi može pružati i liječnik i sestra, ovisno o temi.

### **3.2.1. Podjela zadataka u timu obiteljske medicine**

Zadaci preventivne obrade pacijenta, kao i pozivanja pacijenata, su bili podijeljeni između liječnika i sestre, ali na način da se nagrada isplaćuje za uspjeh tima po principu da su nagrađeni “svi ili niko”. Na ovaj način se želi stimulirati timski rad i duh kolegijalne saradnje.

Sestra u timu obiteljske medicine je radila slijedeće preventivno-promotivne usluge: pozivanje pacijenta na preventivnu obradu i dogovor o informiranom pristanku, mjerenje krvnog tlaka, mjerenje indeksa tjelesne mase, anketni podaci o pušenju i fizičkoj aktivnosti, rad na promociji zdravlja prilikom kućnih posjeta, tematski rad sa malom grupom, predavanja u velikoj grupi, te podjelu preventivno-promotivnih brošura i letaka.

Liječnik u timu obiteljske medicine je obavljao slijedeće preventivno-promotivne usluge: pozivanje pacijenta na preventivnu obradu i dogovor o informiranom pristanku, mjerenje krvnog tlaka, mjerenje indeksa tjelesne mase, anketni podaci o pušenju i fizičkoj aktivnosti, rad na promociji zdravlja prilikom kućnih posjeta, tematski rad sa malom grupom, predavanja u velikoj grupi, podjelu preventivno-promotivnih brošura i letaka, upućivanje pacijenta na laboratorijsko mjerenje glukoze i holesterola u krvi, savjetovanje i evidentiranje obavljenih pretraga ranog otkrivanja karcinoma, savjetovanje i evidentiranje postojanja ostalih relevantnih faktora rizika, kontrolni preventivni pregledi u vezi sa otkrivenim faktorom rizika uz odgovarajuća savjetovanja i podjelu promotivnih brošura i letaka, upućivanje pacijenta na specijalistički pregled, neki od skrininga ili dijagnostičkih pretraga.

Poslovi evidentiranja pruženih usluga, kao i izrade kvartalnih izvještaja, se moraju obavljati kroz zajednički timski rad i saradnju. Odgovornost za tačnost podataka i blagovremenu dostavu izvještaja zajednički dijele svi članovi tima obiteljske medicine u cjelini. Stoga se izostanak isplate stimulacije za neki kvartal odnosio na sve članove pojedinog tima, bez traganja za odgovornošću pojedinaca.

### **3.3. Shema “nagradnog plaćanja”**

Shema “nagradnog plaćanja” baziranog na rezultatima podrazumijeva potpisivanje ugovora o “nagradnom plaćanju” između Federalnog ministarstva zdravstva i doma zdravlja, te između doma zdravlja i pojedinih članova tima obiteljske medicine. Učestalost isplate nagradnih

plaćanja bila je kvartalna. Zadaci preventivne obrade pacijenta, kao i pozivanja pacijenata, se mogu podijeliti između liječnika i sestre na način kako je prikazano u prethodnom tekstu, ali na način da se nagrada isplaćuje za uspjeh tima po principu da su nagrađeni “*svi ili niko*”. Na taj način se kreira okruženje timskog rada, a ne natjecanja između članova jednog tima obiteljske medicine.

### **3.3.1. Dizajn indikatora izvedbe; prag i ponder**

S obzirom na veliku varijabilnost između broja opredjeljene populacije u pojedinim timovima obiteljske medicine, kao osnov za izračunavanje indikatora izvedbe uzeli smo aproksimativni prosjek broja registriranih pacijenata u pojedinom timu u iznosu od 1.500 pacijenata. *Indikatori izvedbe* timova izračunavaju se kvartalno, te predstavljaju osnovu za nagradna plaćanja, a to su slijedeći:

- (a) evidentirani faktori rizika i skriningi (135-225 pacijenata kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
- (b) broj kontrolnih pregleda usmjerenih na prisutne faktore rizika (15-24% od otkrivenih faktora rizika kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
- (c) kućne posjete sa promotivno-preventivnim djelokrugom rada (22-45 posjeta kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
- (d) tematski rad sa malom grupom (1-6 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
- (e) predavanja u velikoj grupi (1-2 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10).

Imajući u vidu da se radilo o pilot projektu koji testira novi model plaćanja koji nije ranije bio predmet istraživanja u Bosni i Hercegovini, odlučeno je da se rezultati evaluiraju nakon tri do šest mjeseci od početka implementacije potpisanih ugovora sa timovima obiteljske medicine, te da *projektni tim nakon toga ima ovlasti izmijeniti uvjete ugovora* koji se tiču navedenih iznosa praznih vrijednosti indikatora izvedbe, njihovih pondera, načina izračunavanja nagradnog plaćanja, načina evidentiranja i izvještavanja o preventivnoj obradi pacijenta, ili pak bilo što iz predloženog koncepta koji se testira.

### **3.3.2. Izračunavanje iznosa nagradnog plaćanja (bonusa)**

Ukupno vrijeme trajanja pilot projekta koji će testirati mehanizme stimulacije nagradnih plaćanja iznosilo je 12 mjeseci. Nagradna plaćanja su isplaćivana kvartalno (svaka tri mjeseca), ako je tim zadovoljio kriterije izvrsnosti u oblasti preventivno-promotivnog rada (pogledati poglavlje 3.3.1.). Termini za isplate nagradnih plaćanja su bili na kraju trećeg, šestog, devetog, i dvanaestog mjeseca trajanja projekta na terenu, uvjetno i u skladu sa kriterijima izvrsnosti. Dakle, ukupno smo imali četiri termina za isplatu nagradnog plaćanja.

Iznos nagradnog plaćanja u eksperimentalnoj grupi je uvjetovan demonstriranom izvrsnošću preventivno-promotivnih usluga, mjerenom putem indikatora izvedbe. Isplaćeni iznosi nagradnog plaćanja mogu biti umanjeni za iznos odgovarajućeg pondera indikatora čiji prag nije u cijelosti ispunjen, ili pak nije nikako ispunjen.

Iznos nagradnog plaćanja u kontrolnoj grupi je uvjetovan tačnim i blagovremenim izvještavanjem o pruženim preventivno-promotivnim uslugama, što je bio predmet kontrole članova kantonalnih radnih grupa. Nagradna plaćanja uopće nisu bila isplaćena timovima kod

kojih se utvrde nepravilnosti u izvještavanju. Indikatori izvedbe timova iz kontrolne grupe su korišteni za statističku obradu u okviru projekta, ali nisu bili osnova za nagradno plaćanje.

Sukladno mišljenju ekonomista iz zavoda zdravstvenog osiguranja i domova zdravlja, iznosi nagradnih plaćanja su se isplaćivali kao „dodatak na plaću“, sa stopom oporezivanja od 41% na bruto iznos. Ovakav način isplate je bio nužan jer se radilo o kontinuiranoj aktivnosti od 12 mjeseci, a ne o sporadičnim aktivnostima.

Za razliku od metode kreiranja apsolutnog praga za isplatu nagradnog plaćanja po principu „sve ili ništa“, opredijelili smo se za nešto kompliciraniji sistem izračunavanja nagradnog plaćanja koji je vezan za „opseg“ („range“) ispunjenosti indikatora izvedbe. Sukladno takvoj metodologiji izračunavanja, nagrada za izvrsnost u ispunjenju pojedinog indikatora se vezuje za opseg između minimalnog i maksimalnog praga ispunjenosti indikatora, a potom se vrijednost pondera predmetnog indikatora procentualno vezuje za vrijednosti izvršenja unutar datog opsega. Na taj način se kreira motivacija za bolji rad, ali ne u smislu pristupa „sve ili ništa“, što bi nudila maksimalna finansijska motivacija ili uskraćivanje te nagrade u slučaju postojanja samo jednog apsolutnog praga za izvršenje. Tako npr. nagradno plaćanje za izvršenje broja prvih posjeta „evidentirani faktori rizika i skrininzi“ vezano je za opseg od 135-225 pregleda kvartalno, na način da svaki rezultat koji je ispod 135 nije bio nagrađen nikako, a rezultat od 225 i više zaslužio je maksimalnu nagradu. Svi rezultati između su bili nagrađeni kao postotak iznosa pondera za ovaj indikator u odnosu na postotak vrijednosti izvršenja na skali datog opsega od 135-225. Formula za izračunavanje apsolutnog iznosa dijela nagradnog plaćanja koji je vezan za neki od indikatora izvedbe je slijedeća:

$$\frac{\text{vrijednost izvedbe} - \text{minimalni prag}}{\text{iznos opsega}} \times \text{ponder} = \text{bodovi za stimulaciju}$$

(1 bod = 1% ukupne stimulacije = 6 KM za liječnike / 3 KM za sestre)

Primjer izračunavanja iznosa nagradnog plaćanja za indikator izvedbe „evidentirani faktori rizika i skrininzi“:

- vrijednost izvedbe broja prvih posjeta kvartalno = 200
- minimalni prag = 135 prvih posjeta kvartalno
- iznos opsega = 90 prvih posjeta
- ponder = 35

$$\frac{200 - 135}{90} \times 35 = 25,27 \text{ bodova} \times 6 \text{ KM} = 151,62 \text{ KM}$$

### 3.4. Institucionalni aranžmani i tok finansijskih sredstava

U okviru finansijskih institucionalnih aranžmana je dogovoreno da se novac iz HSEP-a, namijenjen za nagradna plaćanja, administrira preko Sektora za implementaciju projekata (Federalno ministarstvo zdravstva) do domova zdravlja, koji su potom radili isplate do pojedinih članova tima obiteljske medicine sukladno uvjetima pojedinačnih ugovora. Svaka kvartalna isplata nagradnog plaćanja mora biti odobrena od strane Sektora za implementaciju projekata, a u skladu sa procedurama nabavke Svjetske banke. Domovi zdravlja su bili dužni

isplatiti cijeli iznos novca pojedinim članovima timova obiteljske medicine sukladno ugovorima koji su bili potpisani. Korištenje novca projekta u druge svrhe je bilo strogo zabranjeno.

### **3.4.1. Ugovaranje i „nagrada plaćanja“**

Ugovori sa svim članovima timova obiteljske medicine koji su bili uključeni u ovaj projekt zaključeni su do kraja novembra 2012.godine, kako bi postali efektivni od 1.januara 2013.godine. Članovi timova su potpisali ugovore sa domom zdravlja u kome su zaposleni, a dom zdravlja sa Federalnim ministarstvom zdravstva. Uopće, pored formalno potpisanih ugovora, bilo je potrebno da su svi sudionici ovog projekta dostatno informirani o relevantnim znanjima i vještinama koje su neophodne za implementaciju projekta. Postojale su dvije forme ugovora sa članovima timova obiteljske medicine: (a) ugovor sa članovima timova iz eksperimentalne grupe; (b) ugovor sa članovima timova iz kontrolne grupe.

Način pružanja usluga, kao i izvještavanje, je bilo potpuno identično u obje ispitivane skupine, za razliku od razina finansijskih motivacija. Razlika je u tome što su članovi timova eksperimentalne grupe bili finansijski stimulirani za izvrsnost u oblasti preventivno-promotivnog rada sukladno postavljenim indikatorima izvedbe, te relevantnim pragovima i ponderima. Članovi timova kontrolne grupe su bili nagrađeni samo za redovno izvještavanje o pruženim uslugama u kvartalnom periodu, što je aproksimativno iznositi oko 3 puta manje od nagrade za članove timova u eksperimentalnoj grupi. Tekst ugovora eksplicitno nabroja obavezne promotivno-preventivne standarde i indikatore izvedbe za timove obiteljske medicine kao kriterije za nagradna plaćanja.

### **3.5. Sistem monitoringa i evaluacije**

Sistem monitoringa je bio jasno razrađen prije početka implementacije projekta na terenu. Svi procesi u svezi prikupljanja i obrade informacija su bili jasno prezentirani članovima tima obiteljske medicine, kao i ostalim sudionicima projekta, još tokom faze obuke na kantonalnoj razini u periodu juni-septembar 2012.godine. Sudionici obuke su bili predstavnici pilot timova obiteljske medicine, menadžmenta domova zdravlja (direktor doma zdravlja, koordinator projekta za dom zdravlja, osoba iz računovodstva doma zdravlja), te predstavnici zavoda zdravstvenog osiguranja, zavoda za javno zdravstvo i ministarstva zdravstva.

U prilogu ovog izvještaja se nalaze izvještajni obrasci i evidencije u oblasti preventivno-promotivnog rada sa uputama za implementaciju. Liječnik obiteljske medicine je dužan u zdravstveni karton svakog pacijenta uložiti dodatak kartonu pod naslovom „Preventivna obrada pacijenta u obiteljskoj medicini“. Ovaj dodatak kartonu je tehnički dužan osigurati dom zdravlja u kome je liječnik zaposlen, te kopije ovog dokumenta dostaviti u pilot ambulante obiteljske medicine. Tim obiteljske medicine popunjava kvartalne izvještajne obrasce o ispunjenosti indikatora izvršenja, te ih dostavlja odgovornoj osobi u domu zdravlja (bira se iz osoblja menadžmenta doma zdravlja ili iz službe obiteljske medicine, te se u daljem tekstu označava kao „*Koordinator projekta u domu zdravlja*“). Koordinator projekta u domu zdravlja prikuplja izvještajne obrasce od timova obiteljske medicine, te ih evaluira zajedno sa predstavnikom kantonalnog zavoda za javno zdravstvo i kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja. Odgovornosti pojedinih članova kantonalne radne grupe su vezane za djelokrug rada institucija iz kojih dolaze, a to je bilo sukladno sa kurikulumom obuke za pojedine sudionike projekta. (Ovo je detaljnije objašnjeno i u poglavlju 3.7. „Obuka za sudionike projekta“).



U tekstu koji slijedi prikazan je djelokrug rada („Terms of Reference“) za članove kantonalne radne grupe. Koordinator projekta u domu zdravlja bavio se slijedećim zadacima:

- Osigurati operativnu kontrolu i liderstvo u svakodnevnoj komunikaciji sa timovima obiteljske medicine, te sudjelovati u rješavanju relevantnih problema vezanih uz implementaciju projekta;
- Prikupljati kvartalne izvještajne obrasce od svih timova iz doma zdravlja za koji je odgovoran, te provjeriti da li su svi izvještaji ispunjeni na dogovoreni način;
- Kontrola izvedbe preventivno-promotivnih usluga u kartonu pacijenta metodom slučajnog uzorka (radi zajedno sa članom radne grupe iz ZJZ i ZZO);
- Zajednička analiza rezultata projektnih aktivnosti kod eksperimentalne i kontrolne grupe zajedno sa predstavnicima zavoda zdravstvenog osiguranja i zavoda za javno zdravstvo;
- Dostavljanje svih potrebnih izvještajnih obrazaca, bilo pojedinačnih ili zbirnih, iz doma zdravlja ka Federalnom ministarstvu zdravstva.

Predstavnik kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja bavio se slijedećim zadacima:

- Kontrola izvedbe preventivno-promotivnih usluga u kartonu pacijenta metodom slučajnog uzorka (radi zajedno sa članom radne grupe iz ZJZ i koordinatorom projekta za dom zdravlja);
- Analiza indikatora izvedbe timova obiteljske medicine na polju preventivno-promotivnog rada od prvenstvenog interesa za zdravstveno osiguranje i sistem nagradnog plaćanja;
- Evaluacija izvještaja pojedinih timova obiteljske medicine u cilju izračunavanja iznosa nagradnog plaćanja za pojedine osobe u obje ispitivane grupe (kontrolna i eksperimentalna);
- Izrada zbirnog kvartalnog izvještaja za sve timove raspoređene u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi u smislu prikaza ukupnog iznosa nagradnog plaćanja (ukupno za obje ispitivane grupe, te pojedinačno za članove timova);
- Zajednička analiza rezultata projektnih aktivnosti kod eksperimentalne i kontrolne grupe zajedno sa predstavnikom zavoda za javno zdravstvo i koordinatorom projekta iz doma zdravlja.

Predstavnik kantonalnog zavoda za javno zdravstvo obavljao je slijedeće zadatke:

- Kontrola izvedbe preventivno-promotivnih usluga u kartonu pacijenta metodom slučajnog uzorka (radi zajedno sa članom radne grupe iz ZZO i koordinatorom projekta za dom zdravlja);
- Kontrola postojanja kumulativnih evidencijskih obrazaca o prevalenciji pojedinih faktora rizika u pojedinim timovima obiteljske medicine (radi se o internoj evidenciji u okviru timova);
- Analiza indikatora prevalencije faktora rizika za obolijevanje od hroničnih nezaraznih bolesti, kao i morbiditetnih pokazatelja, od interesa za javno zdravstvo i zdravstvenu statistiku, a u okviru populacije koja je opredjeljena ka našim pilot timovima obiteljske medicine;
- Analiza odnosa prvih i kontrolnih posjeta u okviru preventivno-promotivnog rada doma zdravlja, kao i broja i strukture usluga zdravstvenog odgoja;

- Analiza učestalosti pojedinih kategorija faktora rizika kod pacijenata obuhvaćenih radom pilot timova obiteljske medicine, kao i prisustva višestrukih rizika sa distribucijom;
- Analiza korelacije između otkrivenih rizika i strukture pruženih zdravstvenih usluga;
- Zajednička analiza rezultata projektnih aktivnosti kod eksperimentalne i kontrolne grupe zajedno sa predstavnikom zavoda zdravstvenog osiguranja i koordinatorom projekta iz doma zdravlja.

Obrađeni evaluacijski izvještaji pojedinih timova su se u formi zbirnog kvartalnog izvještaja za sve timove uključene u ovaj projekt dostavljali Sektoru za implementaciju projekata u Federalnom ministarstvu zdravstva. Sektor za implementaciju projekata je potom sve zbirne izvještaje razmatrao zajedno sa predstavnicima Zavoda za javno zdravstvo F BiH, Zavoda za zdravstveno osiguranje i reosiguranje F BiH i AKAZ-a, te je potom davao svoju verifikaciju u smislu odobrenja isplate nagradnog plaćanja ka koordinatoru projekta u domu zdravlja. Tek nakon dobivene saglasnosti za isplatu sa federalne razine, računovodstvo doma zdravlja je primalo odobreni iznos novca za isplatu sa jasnim obavezama za isplate članovima timova obiteljske medicine. Proces verifikacije isplata iz Sektora za implementaciju projekata je važan i sa formalne strane zbog pravila o nabavkama i isplatama u okviru projekata finansiranim od strane Svjetske banke.

Informatička obrada podataka ovog projekta se je obavljala u Federalnom ministarstvu zdravstva. Podaci su se mogli dostavljati na tri načina: (a) tabele na papiru; (b) Excell program; (c) softverska aplikacija. Način dostavljanja podataka ovisio je o tome da li će softverska aplikacija biti završena prije početka implementacije projekta na terenu, što smo na kraju i uspjeli. Svi podaci se mogu podijeliti u dvije skupine sa svojim specifičnim fokusima interesa, a to su: (a) indikatori izvedbe timova obiteljske medicine na polju preventivno-promotivnog rada od prvenstvenog interesa za zdravstveno osiguranje i sistem nagradnog plaćanja; (b) indikatori prevalencije faktora rizika za obolijevanje od hroničnih nezaraznih bolesti, kao i morbiditetnih pokazatelja, od interesa za javno zdravstvo i zdravstvenu statistiku. Pored toga, Sektor za implementaciju projekata Federalnog ministarstva zdravstva se je obavezao uraditi analitičku studiju u formi „Završnog izvještaja sa preporukama u cilju stvaranja održivog dugoročnog modela preventivno-promotivnih programa u obiteljskoj medicini“. Rok za izradu ovog izvještaja je kraj juna 2014.godine. Jedan od ključnih ciljeva završnog izvještaja projekta je kreirati preporuke u cilju stvaranja održivog dugoročnog modela preventivno-promotivnih programa u obiteljskoj medicini Federacije, koristeći se evaluacijskim metodama za testirani model, kao što su rezultati statističke obrade prikupljenih podataka o analiziranim varijablama tokom trajanja projekta. Na taj način će se osigurati osnovica da rezultati ovog projekta budu prošireni na Federaciju u cjelini. Detaljnu metodologiju za izradu završnog izvještaja će razraditi konsultant Sektora za implementaciju projekata.

### **3.5.1. Radne grupe**

Radne grupe na razini F BiH je imenovao federalni ministar zdravstva. Prva radna grupa je nazvana „Upravljački odbor projekta“, koji ima zadatak baviti se strategijskim odrednicama projekta, kao i političkim ograničenjima. Drugu radnu grupu čine tehnički eksperti za pojedina stručna pitanja ovog projekta, te smo je nazvali „Stručna radna grupa“.

Zadaci Upravljačkog odbora projekta su slijedeći: osigurati podršku kod predstavnika vodećih interesnih skupina u cilju implementacije ove komponente projekta u pilot kantonima; kontinuirano pratiti implementaciju projektnih aktivnosti i rješavati poteškoće koje se

eventualno pojave tokom implementacije projekta; aktivno sudjelovati u radu uvodne radionice; osigurati podršku finansijskim i institucionalnim aranžmanima projekta, kao i toku finansijskih sredstava; osigurati saradnju ključnih institucija za realizaciju ovog modela plaćanja, osobito saradnju zavoda za javno zdravstvo i zavoda za zdravstveno osiguranje; te promicati značaj novog načina plaćanja i sveukupne reforme finansiranja obiteljske medicine.

Zadaci „Stručne radne grupe“ su pomoći u definiranju slijedećih ključnih pitanja: kriteriji za odabir pilot timova, lista preventivno-promotivnih usluga za timove obiteljske medicine, specifični pokazatelji i ciljevi učinka timova, dizajn sistema monitoringa ugovora o finansiranju po učinku, izrada nacрта ugovora o finansiranju po učinku, tok finansijskih sredstava i institucionalni aranžmani, te dizajn indikatora izvedbe za timove obiteljske medicine kao kriteriji za nagradno plaćanje. Stručna radna grupa je dala stručnu podršku u finaliziranju tehničkog priručnika za implementaciju projektnih aktivnosti. Stručni prijedlozi i rezultati rada radne grupe bili su redovno prezentirani Upravljačkom odboru projekta.

Angažirani domaći konsultant je kao koordinator projekta, zadužen za sazivanje sastanaka federalne stručne radne grupe, pripremu dnevnog reda i materijala za sastanke. Uloga radne grupe je izgraditi stručni konsenzus oko strategijskih odrednica projekta, a koordinator projekta je bio dužan ta stajališta prezentirati federalnom ministru zdravstva.

Kantonalne radne grupe su imenovali kantonalni ministri zdravstva, te su u principu uključili predstavnike slijedećih institucija: kantonalno ministarstvo zdravstva, kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja, kantonalni zavod za javno zdravstvo, i dom zdravlja. Pored predstavnika institucija, članovi radne grupe mogu biti ostali stručnjaci iz relevantnih oblasti ovog projekta, te iz obiteljske medicine. Zadatak kantonalnih radnih grupa je bio podržati implementaciju projekta na kantonalnoj razini, te osobito pomoći u procesu prikupljanja i evaluacije izvještaja o radu timova obiteljske medicine. Svi članovi radne grupe koji se bave evaluacijom izvještaja moraju razumjeti koncept novog mehanizma plaćanja u cjelini, što implicitno podrazumijeva poznavanje kliničkog djelokruga rada zdravstvenih djelatnika u smislu poznavanja kako epidemioloških pojmova, tako i pojmova iz djelokruga zdravstvenog menadžmenta, kao što su npr.: „output“, „outcome“, incidencija i prevalencija faktora rizika, kategorizacija faktora rizika i preventivnih usluga, dobne skupine, populacioni pristup, organizirani skrining, prvi i ponovni pregled, veza između broja usluga i indikatora izvedbe, itd. Logično je da će stručnjaci iz pojedinih relevantnih oblasti, kao što je zdravstvena ekonomika, biti kompetentniji u vještinama izračunavanja visine nagradnih plaćanja koristeći se Exell programom u poređenju sa liječnicima obiteljske medicine. Međutim, svi sudionici projekta moraju imati znanje na nivou razumijevanja koncepta u cjelini (vidjeti „široku sliku“).

### **3.5.2. IT podrška**

U okviru projekta “HSEP-II” postoji komponenta koja se je bavila izradom softverske aplikacije koja će pomoći procesu prikupljanja i obrade podataka u okviru naše komponente projekta. Softverska aplikacija se temelji na modularnom konceptu, koji se sastoji od slijedećih modula:

- baza podataka o registriranim pacijentima i generalije (ime i prezime, godište, broj kartona, adresa, zanimanje, radno mjesto, itd);

- preventivno-promotivni modul (evidentiranje faktora rizika i njihovih kategorija, evidentiranje kontrolnih pregleda za pojedine faktore rizika sa kategorizacijom usluga);
- modul za evidentiranje usluga zdravstvenog odgoja (tematski rad u maloj grupi, predavanja, kućne posjete);
- modul za zakazivanje pregleda;
- modul za relevantne dokumente (preporuke dobre prakse, klinički vodiči, klinički putevi, smjernice za skrining programe, itd.).

Osnova za izradu softverske aplikacije su bili evidencijski i izvještajni obrasci, koji su već kreirani od strane federalne stručne radne grupe i nalaze se u prilogu ovog dokumenta. Prilikom uvodne radionice, održane u martu 2012.godine, prikazana je metodologija izračunavanja nagradnih plaćanja koristeći se Exell programom.

### **3.6. Komunikacijski plan**

U cilju uspješne implementacije projekta u cjelini, od izuzetne je važnosti bilo razraditi jasan plan komunikacije sa ključnim akterima u projektu, pogotovu s obzirom na činjenicu da će se projekt implementirati na teritoriju četiri kantona. Glavni aspekti komunikacijske strategije su usmjereni na predstavnike zdravstvenih vlasti kroz uvodnu radionicu projekta, zatim na članove pilot timova obiteljske medicine kroz edukacijski proces o implementaciji projektnih aktivnosti, te potom na pacijente i javnost kroz medijsku kampanju. Izuzetno je važno dobiti aktivnu potporu ključnih aktera u kantonima i izgraditi njihovo partnerstvo u cilju sprovođenja reformi u zdravstvu. U svakom kantonu, gdje je projekt implementiran, utemeljene su kantonalne radne grupe. Uporedo sa ovim aktivnostima, bilo je potrebno održavati neposredne kontakte sa članovima timova obiteljske medicine, kako kroz edukativne aktivnosti na radionicama, tako i kroz neposredno rješavanje problema tokom implementacije projekta. Brz i efikasan način prijenosa informacija predstavljala je komunikacija između angažiranog domaćeg konsultanta pri Federalnom ministarstvu i koordinatora projekta u domovima zdravlja. Česte posjete domovima zdravlja su predstavljale značajnu komponentu nadzora nad projektnim aktivnostima.

#### **3.6.1. Medijska kampanja**

Komunikacijski plan je podrazumijevao i javnu kampanju kroz medije javnog informiranja u cilju senzibiliziranja pacijenata na djelokrug promotivno-preventivnog rada. U tom cilju je bio razvijen projektni zadatak za domaću konsultantsku firmu, koja će biti u stanju pomoći ključnim akterima ovog projekta u implementaciji medijske kampanje. Medijska kampanja se koristi kao metoda promicanja značaja preventivnog rada i ranog otkrivanja bolesti kod stanovništva, što značajno može povećati odziv pacijenata na pretrage koje želimo sprovesti. Medijske kampanje su općenito značajna komponenta za jačanje zdravih stilova života kod stanovništva. Pored toga, medijska kampanja može značajno doprinijeti jačanju svijesti javnosti i ključnih donosilaca odluka u oblasti neophodnih reformi primarne zdravstvene zaštite.

### 3.7. Obuka za sve sudionike projekta

U periodu juli-septembar 2012.godine održana je obuka za sve članove timova obiteljske medicine koji su uključeni u projekt, kao i za direktore domova zdravlja u kojima je projekt implementiran. Pored toga, obuci su prisustvovali i članovi kantonalnih radnih grupa. Iz niza praktičnih razloga, najbolje lokacije za održavanje ovakve obuke su bili centri za kontinuiranu edukaciju u oblasti obiteljske medicine, koji već djeluju u okviru domova zdravlja u Tuzli, Zenici, Sarajevu i Mostaru. Obuka je bila formalizirana u formi „skrojenog kursa“ u trajanju od dva dana. Materijali za obuku bi bili pripremljeni i distribuirani svim učesnicima.

Sudionici obuke su bile skupine slijedećih profesionalaca: (a) timovi obiteljske medicine; (b) djelatnici zavoda zdravstvenog osiguranja; (c) djelatnici zavoda za javno zdravstvo; (d) djelatnici ministarstava zdravstva; (e) menadžment domova zdravlja. Obuka svih skupina sudionika je zamišljena kroz 2 radionice:

- (1) Radionica pod naslovom „*Upoznavanje sa metodologijom projekta*“ namijenjena svim sudionicima projekta na kantonalnoj razini;
- (2) Radionica pod naslovom „*Razvoj vještina korištenja web aplikacije*“, kako u ambulantama, tako i na kantonalnoj i federalnoj razini (radne grupe i institucije), sa ciljem razvoja kapaciteta i potpore razvoju jedinstvenog informacijskog sistema u oblasti rada obiteljske medicine.

Radionica „Upoznavanje sa metodologijom projekta“ je imala slijedeći dnevni red:

- Prikaz tehničkog priručnika za implementaciju projektnih aktivnosti;
- Prikaz teksta ugovora između doma zdravlja i članova tima obiteljske medicine;
- Popunjavanje evidencijskih i izvještajnih obrazaca;
- Metodološko uputstvo za korištenje algoritama u kliničkoj praksi;
- Obuka u oblasti sistema monitoringa i evaluacije projektnih aktivnosti.

Radionica „Razvoj vještina korištenja web aplikacije“ je u okviru svog dnevnog reda prikazala osnovne elemente aplikacije i vještine za njeno korištenje, kao što slijedi:

- baza podataka o registriranim pacijentima i generalije (ime i prezime, godište, broj kartona, adresa, zanimanje, radno mjesto, itd);
- preventivno-promotivni modul (evidentiranje faktora rizika i njihovih kategorija, evidentiranje kontrolnih pregleda za pojedine faktore rizika sa kategorizacijom usluga);
- modul za evidentiranje usluga zdravstvenog odgoja (tematski rad u maloj grupi, predavanja, kućne posjete);
- modul za zakazivanje pregleda;
- modul za relevantne dokumente (preporuke dobre prakse, klinički vodiči, klinički putevi, smjernice za skrining programe, itd.).

Sve radionice su planirane kao skrojene kursevi u trajanju od 1-2 dana. Sudionici obje pomenute radionice su u principu bile gotovo sve skupine sudionika projekta koje su pomenute u prethodnom tekstu. Međutim, u okviru svake radionice bilo je moguće napraviti skupine za samostalan rad i plenarni rad sa svim skupinama. Pored kratkih ex cathedra izlaganja, glavni sadržaj radionica morao je biti razvoj vještina profesionalaca u pojedinim

oblastima ovog kompleksnog zadatka, što uključuje rješavanje praktičnih zadataka („problem solving“, „case studies“, „model analysis“). Pomenuti koncept obuke je učinio cijeli proces interesantnijim, značajno je smanjio gubitak radnih sati, ali je i promicao razvoj duha timskog rada različitih profesija. Značajan strategijski cilj obuke je bila izgradnja kapaciteta u zemlji („capacity building“), koji će nakon završetka projekta moći širiti stečena znanja na ostale profesionalce u budućnosti. Svaka od pomenutih radionica bila je praćena pripremljenim materijalima za učenje.

Predavači su bili najistaknutiji domaći stručnjaci iz oblasti javnog zdravstva, zdravstvene ekonomike, zdravstvene statistike, informacijskih tehnologija, zdravstvenog menadžmenta i relevantnih kliničkih vještina primjenjivih u obiteljskoj medicini. Predavači su bili i istaknuti profesionalci iz radnih grupa, odnosno sudionici projekta i procesa obuke.

### **3.8.Vremenska dinamika projektnih aktivnosti**

Definirane su vodeće aktivnosti projekta sa okvirnim rokovima njihove realizacije, kao što slijedi:

- (a) formiranje radnih grupa (januar-mart 2012);
- (b) definirati pilot timove koji ispunjavaju kriterije za sudjelovanje u projektu (april 2012);
- (c) uvodna radionica (mart 2012);
- (d) konačni tekst tehničkog priručnika za implementaciju projekta (kraj maja 2012);
- (e) obuka za timove obiteljske medicine i druge profesionalce (juli-oktobar 2012);
- (f) „potpisani ugovori“ na pilot lokacijama (novembar 2012);
- (g) implementacija ugovora sa pilot timovima obiteljske medicine (januar 2013- decembar 2013);
- (h) priprema završnog izvještaja sa preporukama (juni 2014).

## 4. Rezultati

U ovom poglavlju su prikazani rezultati istraživanja projekta pod naslovom „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“ (u daljem tekstu „projekt“), nastali u jednogodišnjem periodu tokom kalendarske 2013. godine na 100 pilot timova obiteljske medicine u FBiH. Zbog velikog broja ispitivanih varijabli rezultati su prikazani u tri poglavlja, kao što slijedi:

- Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine;
- Nagradno plaćanje pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine;
- Prevalenca rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u FBiH tokom 2013. godine.

### 4.1. Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine

Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine prikazuju distribuciju broja pruženih preventivno-promotivnih usluga prema:

- Domovima zdravlja i kvartalima;
- Ispitivanim grupama (eksperimentalna i kontrolna) i kvartalima;
- Domovima zdravlja, ispitivanim grupama i kvartalima;
- Prosjeku broja usluga po timu obiteljske medicine;
- Spolnoj strukturi pacijenata i kvartalima;
- Dobnim skupinama pacijenata i kvartalima.

#### 4.1.1. Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine po domovima zdravlja i po kvartalima

Na tabeli broj 4.1.1.1 prikazani su indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine, po domovima zdravlja za obje ispitivane grupe. Ukupan broj prvih pregleda, odnosno ispunjenih evidencijskih obrazaca, iznosio je 46.638. Broj kontrolnih pregleda za pacijente s najmanje jednim rizikom iznosio je 18.048. Ukupan broj obavljenih kućnih posjeta u jednogodišnjem razdoblju iznosio je 6.459. Broj usluga zdravstvenog odgoja, tj.rad u maloj i velikoj grupi, iznosio je 882 odnosno 308. Ukupan broj registriranih pacijenata u okviru naše softverske aplikacije iznosio je 97.542.

Tabela 4.1.1.1.: Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013. godine po domovima zdravlja

Dom zdravlja	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica		UKUPNO
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ispunjen evidencijski obrazac	4013	8,6	11038	23,7	14171	30,4	17416	37,3	46638
Broj kontrolnih pregleda	1829	10,1	3950	21,9	5632	31,2	6637	36,8	18048
Aktivni nadzor (kućne posjete)	601	9,3	1086	16,8	1551	24,0	3221	49,9	6459
Rad sa malom grupom	74	8,4	195	22,1	285	32,3	328	37,2	882
Rad sa velikom grupom	22	7,1	52	16,9	136	44,2	98	31,8	308
Broj registriranih pacijenata	4188	4,3	34591	35,5	38069	39,0	20694	21,2	97542

Na tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po domovima zdravlja. Najveći broj evidencijskih obrazaca je ispunjen u Domu zdravlja Zenica (37,3%), dok je u Domu zdravlja Mostar ispunjeno najmanje evidencijskih obrazaca (8,6%). Najveći broj kontrolnih pregleda obavljen je Domu zdravlja Zenica (36,8%), a najmanji u Domu zdravlja Mostar (10,1%). Najveći broj kućnih posjeta obavili su timovi obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica (49,9%), dok su timovi obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar obavili najmanje kućnih posjeta (9,3%). Rad sa malom grupom je najzastupljeniji u Domu zdravlja Zenica (37,2%), dok je rad sa velikom grupom bio najzastupljeniji u Domu zdravlja Tuzla (44,2%). Timovi obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar izveli su najmanje radionica sa malom i velikom grupom (8,4%, odnosno 7,1%). Najveći broj registriranih pacijenata evidentiran je u Domu zdravlja Tuzla (39,0%), a najmanji u Domu zdravlja Mostar (4,3%).

Na tabeli 4.1.1.2. prikazani su indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom četiri kvartala 2013. godine, po domovima zdravlja za obje ispitivane grupe. Vidljiv je značajan porast ukupnog broja svih pruženih usluga u drugom kvartalu u odnosu na vrijednosti u prvom kvartalu. U trećem kvartalu je moguće primijetiti izvjestan pad ukupnog broja prvih pregleda, što je vjerojatno rezultat djelovanja perioda godišnjih odmora tokom ljeta. Procentualno učešće usluga zdravstvenog odgoja (rad sa malom i velikom grupom) tokom prva dva kvartala je bilo najveće u Tuzli, dok je u trećem i četvrtom kvartalu najveći broj tih usluga pružen u Zenici. Distribucija broja svih usluga po kvartalima pokazuje kontinuirani porast u Zenici od prvog do četvrtog kvartala. Vremenska dinamika promjena broja pruženih usluga po kvartalima upućuje na to da je testirani koncept najuspješnije prihvaćen u Zenici, a potom u Tuzli, Sarajevu i Mostaru. Ukupan broj registriranih pacijenata je postepeno rastao iz kvartala u kvartal. Vidljiv je značajno veći broj registriranih pacijenata u Sarajevu i Tuzli, što je rezultat preuzimanja elektronskog kartona pacijenta iz baze podataka Zavoda zdravstvenih osiguranja u Sarajevu i Tuzli. U Zenici i Mostaru nije bilo moguće preuzeti elektronske podatke o osiguranicima iz baza podataka zavoda zdravstvenih



Tabela 4.1.1.2.: Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH po domovima zdravlja i kvartalima 2013.godine

I KVARTAL									
Dom zdravlja	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica		UKUPNO
Indikator	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ispunjen evidencijski obrazac	415	4,0	4271	41,2	3218	31,1	2456	23,7	10360
Broj kontrolnih pregleda	62	2,9	811	38,1	890	41,8	366	17,2	2129
Aktivni nadzor (kućne posjete)	4	0,7	284	46,6	203	33,3	118	19,4	609
Rad sa malom grupom	0	0,0	60	60,6	32	32,3	7	7,1	99
Rad sa velikom grupom	0	0,0	18	43,9	21	51,2	2	4,9	41
Broj registriranih pacijenata	3032	3,4	33980	38,1	37177	41,7	14917	16,7	89106
II KVARTAL									
Dom zdravlja	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica		UKUPNO
Indikator	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ispunjen evidencijski obrazac	1368	10,1	2665	19,7	3637	26,9	5836	43,2	13506
Broj kontrolnih pregleda	665	14,0	906	19,0	1530	32,1	1659	34,9	4760
Aktivni nadzor (kućne posjete)	160	8,8	286	15,8	411	22,7	951	52,6	1808
Rad sa malom grupom	31	12,0	43	16,7	88	34,1	96	37,2	258
Rad sa velikom grupom	6	7,7	11	14,1	46	59,0	15	19,2	78
Broj registriranih pacijenata	3032	3,4	34011	38,1	37252	41,8	14930	16,7	89225
III KVARTAL									
Dom zdravlja	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica		UKUPNO
Indikator	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ispunjen evidencijski obrazac	1018	9,2	1992	18,0	3576	32,3	4471	40,4	11057
Broj kontrolnih pregleda	484	9,6	808	16,0	1577	31,2	2186	43,2	5055
Aktivni nadzor (kućne posjete)	175	8,8	246	12,4	458	23,1	1100	55,6	1979
Rad sa malom grupom	21	8,5	46	18,6	75	30,4	105	42,5	247
Rad sa velikom grupom	5	6,8	8	10,8	26	35,1	35	47,3	74
Broj registriranih pacijenata	3095	3,4	34098	37,9	37423	41,6	15253	17,0	89869
IV KVARTAL									
Dom zdravlja	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica		UKUPNO
Indikator	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ispunjen evidencijski obrazac	1212	10,3	2110	18,0	3740	31,9	4653	39,7	11715
Broj kontrolnih pregleda	618	10,1	1425	23,3	1635	26,8	2426	39,7	6104
Aktivni nadzor (kućne posjete)	262	12,7	270	13,1	479	23,2	1052	51,0	2063
Rad sa malom grupom	22	7,9	46	16,5	90	32,4	120	43,2	278
Rad sa velikom grupom	11	9,6	15	13,0	43	37,4	46	40,0	115
Broj registriranih pacijenata	4188	4,3	34591	35,5	38069	39,0	20694	21,2	97542

osiguranja. Interesantno je zapažanje da su se svi timovi na početku projekta u I kvartalu općenito prvo fokusirali na prve i kontrolne preglede, dok je broj kućnih posjeta i usluga zdravstvenog odgoja bio relativno manji. U slijedećim kvartalima došlo je do značajnog porasta broja kućnih posjeta, kao i usluga zdravstvenog odgoja.

#### **4.1.2. Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine po kvartalima**

Na tabeli broj 4.1.2.1 prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine ukupno za sva četiri doma zdravlja. U tabeli se može vidjeti i distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda (46.638) eksperimentalna grupa je obavila 33.584 (72,0%) prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 13.054 (28,0%). Ukupno je obavljeno 18.048 kontrolnih pregleda u obje ispitivane skupine timova obiteljske medicine. Eksperimentalna grupa je obavila 12.962 (71,8%) kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 5.086 (28,2%) kontrolnih pregleda. Broj kućnih posjeta koje je obavila eksperimentalna grupa iznosi 5.307 (82,2%), dok je kontrolna grupa obavila 1.152 (17,8%) kućnih posjeta. Od ukupnog broja radionica sa malom grupom (882) eksperimentalna grupa je održala 745 (84,5%), a kontrolna 137 (15,5%) radionica. Od ukupnog broja radionica sa velikom grupom (308) eksperimentalna grupa je održala 252 (81,8%), dok je kontrolna grupa održala 56 (18,2%) radionica. Broj registriranih pacijenata u eksperimentalnoj skupini iznosi 52.687 (54,0%), a u kontrolnoj 44.855 (46,0%).

Tabela 4.1.2.1 Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Grupa tima	Eksperimentalna		Kontrolna		UKUPNO
	N	%	N	%	
Indikatori					N
Ispunjen evidencijski obrazac	33584	72,0	13054	28,0	46638
Broj kontrolnih pregleda	12962	71,8	5086	28,2	18048
Aktivni nadzor (kućne posjete)	5307	82,2	1152	17,8	6459
Rad sa malom grupom	745	84,5	137	15,5	882
Rad sa velikom grupom	252	81,8	56	18,2	308
Broj registriranih pacijenata	52687	54,0	44855	46,0	97542

Tabela 4.1.2.2.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine

<b>I KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	6727	64,9	3633	35,1	10360
Broj kontrolnih pregleda	1510	70,9	619	29,1	2129
Aktivni nadzor (kućne posjete)	467	76,7	142	23,3	609
Rad sa malom grupom	77	77,8	22	22,2	99
Rad sa velikom grupom	35	85,4	6	14,6	41
Broj registriranih pacijenata	47215	53,0	41891	47,0	89106
<b>II KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	9223	68,3	4283	31,7	13506
Broj kontrolnih pregleda	3460	72,7	1300	27,3	4760
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1464	81,0	344	19,0	1808
Rad sa malom grupom	212	82,2	46	17,8	258
Rad sa velikom grupom	61	78,2	17	21,8	78
Broj registriranih pacijenata	47263	53,0	41962	47,0	89225
<b>III KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	8426	76,2	2631	23,8	11057
Broj kontrolnih pregleda	3633	71,9	1422	28,1	5055
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1612	81,5	367	18,5	1979
Rad sa malom grupom	207	83,8	40	16,2	247
Rad sa velikom grupom	62	83,8	12	16,2	74
Broj registriranih pacijenata	47692	53,1	42177	46,9	89869
<b>IV KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	9208	78,6	2507	21,4	11715
Broj kontrolnih pregleda	4359	71,4	1745	28,6	6104
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1764	85,5	299	14,5	2063
Rad sa malom grupom	249	89,6	29	10,4	278
Rad sa velikom grupom	94	81,7	21	18,3	115
Broj registriranih pacijenata	52687	54,0	44855	46,0	97542

Na tabeli broj 4.1.2.2. prikazani su indikatori izvedbe u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom četiri kvartala 2013.godine za sva četiri doma zdravlja. Vidljiv je značajan porast ukupnog broja svih pruženih usluga u drugom kvartalu u odnosu na vrijednosti u prvom kvartalu. U trećem kvartalu je moguće primijetiti izvjestan pad ukupnog broja prvih pregleda, što je vjerojatno rezultat djelovanja perioda godišnjih odmora tokom ljeta. Općenito gledano, distribucija broja svih usluga po kvartalima pokazuje kontinuirani porast u eksperimentalnoj grupi od prvog do četvrtog kvartala. U četvrtom kvartalu kontrolna grupa pokazuje značajnu stagnaciju u pružanju usluga, te je broj usluga vrlo sličan trećem kvartalu, tj. periodu godišnjih odmora. Ukupan broj registriranih pacijenata je nešto veći u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu grupu.

#### **4.1.3. Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine po domovima zdravlja i po kvartalima**

Na tabeli broj 4.1.3.1. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine za Dom zdravlja Mostar. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda (4.013) eksperimentalna grupa je obavila 84,3% prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 15,7% prvih pregleda. Eksperimentalna grupa je obavila 76,3% kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 23,7% kontrolnih pregleda. Timovi iz eksperimentalne skupine su obavili 92,2% od ukupnog broja kućnih posjeta, dok je kontrolna grupa obavila samo 7,8% kućnih posjeta. Od ukupnog broja radionica sa malom grupom eksperimentalna grupa je održala 81,1%, a kontrolna 18,9% radionica. Od ukupnog broja radionica sa velikom grupom eksperimentalna grupa je održala 86,4%, a kontrolna 13,6% radionica. Eksperimentalna grupa je imala veći broj registriranih pacijenata (82,6%) od kontrolne (17,4%) u jednogodišnjem periodu.

Tabela 4.1.3.1.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine

<b>Grupa tima</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Indikatori</b>					<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3383	84,3	630	15,7	4013
Broj kontrolnih pregleda	1396	76,3	433	23,7	1829
Aktivni nadzor (kućne posjete)	554	92,2	47	7,8	601
Rad sa malom grupom	60	81,1	14	18,9	74
Rad sa velikom grupom	19	86,4	3	13,6	22
Broj registriranih pacijenata	11021	82,6	2326	17,4	13347

Tabela 4.1.3.2.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar po kvartalima 2013.godine

<b>I KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	141	34,0	274	66,0	415
Broj kontrolnih pregleda	8	12,9	54	87,1	62
Aktivni nadzor (kućne posjete)	0	0,0	4	100,0	4
Rad sa malom grupom	0	0	0	0	0
Rad sa velikom grupom	0	0	0	0	0
Broj registriranih pacijenata	2458	81,1	574	18,9	3032
<b>II KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1106	80,8	262	19,2	1368
Broj kontrolnih pregleda	357	53,7	308	46,3	665
Aktivni nadzor (kućne posjete)	120	75,0	40	25,0	160
Rad sa malom grupom	17	54,8	14	45,2	31
Rad sa velikom grupom	5	83,3	1	16,7	6
Broj registriranih pacijenata	2458	81,1	574	18,9	3032
<b>III KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	944	92,7	74	7,3	1018
Broj kontrolnih pregleda	434	89,7	50	10,3	484
Aktivni nadzor (kućne posjete)	175	100,0	0	0,0	175
Rad sa malom grupom	21	100,0	0	0,0	21
Rad sa velikom grupom	4	80,0	1	20,0	5
Broj registriranih pacijenata	2516	81,3	579	18,7	3095
<b>IV KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe tim</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1192	98,3	20	1,7	1212
Broj kontrolnih pregleda	597	96,6	21	3,4	618
Aktivni nadzor (kućne posjete)	259	98,9	3	1,1	262
Rad sa malom grupom	22	100,0	0	0,0	22
Rad sa velikom grupom	10	90,9	1	9,1	11
Broj registriranih pacijenata	3589	85,7	599	14,3	4188

Na tabeli broj 4.1.3.2 prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine za Dom zdravlja Mostar. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Interesantno je da ukupan broj prvih i kontrolnih pregleda tokom I kvartala veći u kontrolnoj u odnosu na eksperimentalnu grupu, s vrijednostima od 66,0% i 34,0%, odnosno 87,1% i 12,9%. U ostalim kvartalima ukupne vrijednosti broja pruženih usluga su bile veće u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu. Evidentan je mali broj usluga zdravstvenog odgoja i kućnih posjeta, osobito u kontrolnoj grupi. Broj registriranih osoba je značajno porastao jedino tokom IV kvartala u poređenju s prethodnim.

Tabela 4.1.3.3.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine

Grupa tima	Eksperimentalna		Kontrolna		UKUPNO
	N	%	N	%	
Ispunjen evidencijski obrazac	6806	61,7	4232	38,3	11038
Broj kontrolnih pregleda	2603	65,9	1347	34,1	3950
Aktivni nadzor (kućne posjete)	886	81,6	200	18,4	1086
Rad sa malom grupom	141	72,3	54	27,7	195
Rad sa velikom grupom	38	73,1	14	26,9	52
Broj registriranih pacijenata	18037	52,1	16554	47,9	34591

Na tabeli broj 4.1.3.3. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda eksperimentalna grupa je obavila 61,7% prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 38,3% prvih pregleda. Eksperimentalna grupa je obavila 65,9% kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 34,1% kontrolnih pregleda. Od ukupnog broja kućnih posjeta eksperimentalna grupa je obavila 81,6%, dok je kontrolna grupa obavila 18,4%. Od ukupnog broja radionica sa malom grupom eksperimentalna grupa je održala 72,3%, a kontrolna 27,7% radionica. Od ukupnog broja radionica sa velikom grupom eksperimentalna grupa je održala 73,1%, a kontrolna 26,9% radionica. Eksperimentalna grupa je imala nešto veći broj registriranih pacijenata (52,1%) u odnosu na kontrolnu grupu (47,9%).

Tabela 4.1.3.4.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo po kvartalima 2013.godine

<b>I KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	2299	53,8	1972	46,2	4271
Broj kontrolnih pregleda	518	63,9	293	36,1	811
Aktivni nadzor (kućne posjete)	181	63,7	103	36,3	284
Rad sa malom grupom	41	68,3	19	31,7	60
Rad sa velikom grupom	12	66,7	6	33,3	18
Broj registriranih pacijenata	17616	51,8	16364	48,2	33980
<b>II KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1747	65,6	918	34,4	2665
Broj kontrolnih pregleda	616	68,0	290	32,0	906
Aktivni nadzor (kućne posjete)	251	87,8	35	12,2	286
Rad sa malom grupom	31	72,1	12	27,9	43
Rad sa velikom grupom	7	63,6	4	36,4	11
Broj registriranih pacijenata	17628	51,8	16383	48,2	34011
<b>III KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1254	63,0	738	37,0	1992
Broj kontrolnih pregleda	495	61,3	313	38,7	808
Aktivni nadzor (kućne posjete)	216	87,8	30	12,2	246
Rad sa malom grupom	33	71,7	13	28,3	46
Rad sa velikom grupom	7	87,5	1	12,5	8
Broj registriranih pacijenata	17681	51,9	16417	48,1	34098
<b>IV KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1506	71,4	604	28,6	2110
Broj kontrolnih pregleda	974	68,4	451	31,6	1425
Aktivni nadzor (kućne posjete)	238	88,1	32	11,9	270
Rad sa malom grupom	36	78,3	10	21,7	46
Rad sa velikom grupom	12	80,0	3	20,0	15
Broj registriranih pacijenata	18037	52,1	16554	47,9	34591

Na tabeli broj 4.1.3.4. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine za Dom zdravlja Sarajevo po kvartalima 2013.godine. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Analizirajući izvedbu u obje ispitivane grupe Doma zdravlja Sarajevo, općenito je evidentan pad broja usluga po kvartalima, upoređujući vrijednosti od prvog do četvrtog kvartala. Postignute su najveće vrijednosti broja prvih pregleda tokom prvog kvartala, kako u eksperimentalnoj (2299 pregleda), tako i u kontrolnoj grupi (1972). Najmanji broj prvih pregleda zabilježen je u trećem kvartalu, što se može objasniti periodom godišnjih odmora. Interesantan je gotovo izjednačen odnos broja prvih pregleda tokom prvog kvartala u obje ispitivane grupe, a iznosio je 53,8% i 46,2%. Također je evidentna stagnacija udjela broja usluga kontrolne grupe u odnosu na eksperimentalnu tokom četvrtog kvartala u poređenju s ostalima.

Tabela 4.1.3.5.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine

Grupa tima	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
	N	%	N	%	
Ispunjen evidencijski obrazac	11655	82,2	2516	17,8	14171
Broj kontrolnih pregleda	4736	84,1	896	15,9	5632
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1517	97,8	34	2,2	1551
Rad sa malom grupom	261	91,6	24	8,4	285
Rad sa velikom grupom	106	77,9	30	22,1	136
Broj registriranih pacijenata	18937	49,7	19132	50,3	38069

Na tabeli broj 4.1.3.5. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine. Na tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda eksperimentalna grupa je obavila 82,2% prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 17,8% prvih pregleda. Eksperimentalna grupa je obavila 84,1% kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 15,9% kontrolnih pregleda. Interesantna je mala vrijednost ukupnog broja kućnih posjeta u kontrolnoj grupi (2,2%) u odnosu na vrijednosti u eksperimentalnoj (97,8%). Usluge zdravstvenog odgoja su također bile mnogo zastupljenije u eksperimentalnoj grupi. Rad s malom grupom je bio veći u eksperimentalnoj grupi s vrijednošću od 91,6%, za razliku od kontrolne grupe s prosječnom vrijednosti od 8,4%. Broj usluga rada s velikom grupom u eksperimentalnoj grupi iznosio je 77,9% u odnosu na vrijednosti u kontrolnoj grupi u iznosu od 22,1%. Broj registriranih pacijenata u obje ispitivane grupe je bio prilično izjednačen, s nešto većim vrijednostima u kontrolnoj grupi (50,3%) u odnosu na vrijednosti u eksperimentalnoj grupi (49,7%).



Tabela 4.1.3.6.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Tuzla po kvartalima 2013.godine

<b>I KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	2692	83,7	526	16,3	3218
Broj kontrolnih pregleda	768	86,3	122	13,7	890
Aktivni nadzor (kućne posjete)	203	100,0	0	0,0	203
Rad sa malom grupom	29	90,6	3	9,4	32
Rad sa velikom grupom	21	100,0	0	0,0	21
Broj registriranih pacijenata	18204	49,0	18973	51,0	37177
<b>II KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	2812	77,3	825	22,7	3637
Broj kontrolnih pregleda	1300	85,0	230	15,0	1530
Aktivni nadzor (kućne posjete)	402	97,8	9	2,2	411
Rad sa malom grupom	78	88,6	10	11,4	88
Rad sa velikom grupom	34	73,9	12	26,1	46
Broj registriranih pacijenata	18231	48,9	19021	51,1	37252
<b>III KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3005	84,0	571	16,0	3576
Broj kontrolnih pregleda	1322	83,8	255	16,2	1577
Aktivni nadzor (kućne posjete)	446	97,4	12	2,6	458
Rad sa malom grupom	72	96,0	3	4,0	75
Rad sa velikom grupom	22	84,6	4	15,4	26
Broj registriranih pacijenata	18350	49,0	19073	51,0	37423
<b>IV KVARTAL</b>					
<b>Grupa tima</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3146	84,1	594	15,9	3740
Broj kontrolnih pregleda	1346	82,3	289	17,7	1635
Aktivni nadzor (kućne posjete)	466	97,3	13	2,7	479
Rad sa malom grupom	82	91,1	8	8,9	90
Rad sa velikom grupom	29	67,4	14	32,6	43
Broj registriranih pacijenata	18937	49,7	19132	50,3	38069

Na tabeli broj 4.1.3.6. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama i kvartalima. Interesantan je kontinuirani porast broja gotovo svih usluga kroz četiri kvartala 2013.godine. Može se uočiti blagi pad broja usluga u trećem kvartalu, što je najvjerojatnije posljedica godišnjih odmora. U prvom kvartalu je interesantan mali broj kućnih posjeta i usluga zdravstvenog odgoja, osobito u kontrolnoj grupi. Pomenute usluge, s niskim vrijednostima u prvom kvartalu, postepeno rastu tokom narednih kvartala. Pored toga, interesantan je kontinuirani porast broja pruženih usluga u kontrolnoj grupi iz kvartala u kvartal. Međutim, ukupan broj pruženih usluga u eksperimentalnoj grupi je značajno veći u odnosu na kontrolnu kroz sve kvartale. Broj registriranih pacijenata je u svim kvartalima bio nešto veći u kontrolnoj grupi.

Tabela 4.1.3.7.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine

Grupa tima	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
	N	%	N	%	
Ispunjen evidencijski obrazac	11740	67,4	5676	32,6	17416
Broj kontrolnih pregleda	4227	63,7	2410	36,3	6637
Aktivni nadzor (kućne posjete)	2350	73,0	871	27,0	3221
Rad sa malom grupom	283	86,3	45	13,7	328
Rad sa velikom grupom	89	90,8	9	9,2	98
Broj registriranih pacijenata	12124	58,6	8570	41,4	20694

Na tabeli broj 4.1.3.7. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda eksperimentalna grupa je obavila 67,4% prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 32,6% prvih pregleda. Eksperimentalna grupa je obavila 63,7% kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 36,3% kontrolnih pregleda. Od ukupnog broja kućnih posjeta eksperimentalna je grupa obavila 73,0%, dok je kontrolna grupa obavila 27,0% kućnih posjeta. Od ukupnog broja radionica sa malom grupom eksperimentalna grupa je održala 86,3%, a kontrolna 13,7% radionica. Od ukupnog broja radionica sa velikom grupom eksperimentalna je grupa održala 90,8%, a kontrolna 9,2% radionica. Eksperimentalna grupa je imala veći broj registriranih pacijenata (58,6%) od kontrolne (41,4%).

Tabela 4.1.3.8.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine Doma zdravlja Zenica po kvartalima 2013.godine

<b>I KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	1595	64,9	861	35,1	2456
Broj kontrolnih pregleda	216	59,0	150	41,0	366
Aktivni nadzor (kućne posjete)	83	70,3	35	29,7	118
Rad sa malom grupom	7	100,0	0	0,0	7
Rad sa velikom grupom	2	100,0	0	0,0	2
Broj registriranih pacijenata	8937	59,9	5980	40,1	14917
<b>II KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3558	61,0	2278	39,0	5836
Broj kontrolnih pregleda	1187	71,5	472	28,5	1659
Aktivni nadzor (kućne posjete)	691	72,7	260	27,3	951
Rad sa malom grupom	86	89,6	10	10,4	96
Rad sa velikom grupom	15	15,0	0	0,0	15
Broj registriranih pacijenata	8946	79,4	2324	20,6	11270
<b>III KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3223	72,1	1248	27,9	4471
Broj kontrolnih pregleda	1382	63,2	804	36,8	2186
Aktivni nadzor (kućne posjete)	775	70,5	325	29,5	1100
Rad sa malom grupom	81	77,1	24	22,9	105
Rad sa velikom grupom	29	82,9	6	17,1	35
Broj registriranih pacijenata	9145	60,0	6108	40,0	15253
<b>IV KVARTAL</b>					
<b>Ispitivane grupe timova</b>	eksperimentalna		kontrolna		UKUPNO
<b>Indikatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Ispunjen evidencijski obrazac	3364	72,3	1289	27,7	4653
Broj kontrolnih pregleda	1442	59,4	984	40,6	2426
Aktivni nadzor (kućne posjete)	801	76,1	251	23,9	1052
Rad sa malom grupom	109	90,8	11	9,2	120
Rad sa velikom grupom	43	93,5	3	6,5	46
Broj registriranih pacijenata	12124	58,6	8570	41,4	20694

Na tabeli broj 4.1.3.8. prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine. U tabeli se može vidjeti distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama i kvartalima. Interesantan je kontinuirani porast broja gotovo svih usluga kroz četiri kvartala 2013.godine. Može se uočiti blagi pad broja usluga u trećem kvartalu, što je najvjerojatnije posljedica godišnjih odmora. U prvom kvartalu je interesantan mali broj kućnih posjeta i usluga zdravstvenog odgoja, osobito u kontrolnoj grupi. Pomenute usluge, s niskim vrijednostima u prvom kvartalu, postepeno rastu tokom narednih kvartala. Pored toga, interesantan je kontinuirani porast broja pruženih usluga u kontrolnoj grupi iz kvartala u kvartal. Međutim, ukupan broj pruženih usluga u eksperimentalnoj grupi je značajno veći u odnosu na kontrolnu kroz sve kvartale. Broj registriranih pacijenata je u svim kvartalima bio veći u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu.

#### **4.1.4. Prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine ispitivanih grupa u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja**

Na tabeli broj 4.1.4.1. prikazan je prosječan broj usluga pruženih kvartalno po indikatorima izvedbe, koji je pružio jedan pilot tim obiteljske medicine iz eksperimentalne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Na tabeli se može vidjeti da je pilot tim eksperimentalne grupe u prosjeku obavio 167,9 prvih pregleda kvartalno. Prosječan broj obavljenih kontrolnih pregleda, u istom periodu, je 64,8 po timu. Pilot tim eksperimentalne grupe prosječno je obavio 26,5 kućnih posjeta. Prosječan broj pruženih usluga zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi iznosi 3,7 odnosno 1,3. Prosječan broj registriranih pacijenata po timu je 974,3. Distribucija broja pruženih usluga po domovima zdravlja upućuje da su najbolji prosječni rezultati u eksperimentalnim grupama postignuti u Zenici, osim u oblasti broja usluga kontrolnih pregleda, kao i rada u velikoj grupi.

Tabela 4.1.4.1.: Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

<b>Indikatori</b>	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	76,9	130,9	224,1	225,8	167,9
Broj kontrolnih pregleda	31,7	50,1	91,1	81,3	64,8
Aktivni nadzor (kućne posjete)	12,6	17,0	29,2	45,2	26,5
Rad sa malom grupom	1,4	2,7	5,0	5,4	3,7
Rad sa velikom grupom	0,4	0,7	2,0	1,7	1,3
Broj registriranih pacijenata	250,5	1364,7	1417,7	752,9	974,3

Na tabeli broj 4.1.4.2. prikazan je prosječan broj usluga po indikatorima izvedbe, koji je pružio jedan pilot tim obiteljske medicine kvartalno iz kontrolne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Na tabeli se može vidjeti da je pilot tim kontrolne grupe u prosjeku obavio 65,3 prvih pregleda kvartalno. Prosječan broj obavljenih kontrolnih pregleda kvartalno je iznosio 25,4 po timu. Pilot tim kontrolne grupe prosječno je obavio 5,8 kućnih posjeta. Prosječan broj pruženih usluga zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi iznosi 0,7 odnosno 0,3. Prosječan broj registriranih pacijenata po timu je 854,4. Distribucija broja pruženih usluga po domovima zdravlja upućuje da su najbolji prosječni

rezultati u kontrolnim grupama postignuti u Zenici, osim u oblasti zdravstvenog odgoja (rad u maloj i velikoj grupi).

Tabela 4.1.4.2.: Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

<b>Indikatori</b>	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	14,3	81,4	48,4	109,2	65,3
Broj kontrolnih pregleda	9,8	25,9	17,2	46,3	25,4
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1,1	3,8	0,7	16,8	5,8
Rad sa malom grupom	0,3	1,0	0,5	0,9	0,7
Rad sa velikom grupom	0,1	0,3	0,6	0,2	0,3
Broj registriranih pacijenata	52,9	1263,8	1465,4	512,3	854,4

#### **4.1.5. Prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine ispitivanih skupina u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja i po kvartalima**

Na tabeli 4.1.5.1. prikazan je prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne skupine u FBiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja. Općenito, na tabeli se može uočiti manji broj pruženih usluga u prvom kvartalu u odnosu na ostale kvartale. Broj prvih pregleda u drugom kvartalu pokazuje porast u svim domovima zdravlja u odnosu na vrijednosti u prvom kvartalu. Interesantan je mali broj usluga kućnih posjeta i zdravstvenog odgoja tokom prvog kvartala, za razliku od većih vrijednosti u drugom kvartalu. Tokom trećeg kvartala dolazi do malog pada ili stagnacije broja pruženih usluga, što je vjerojatno rezultat djelovanja perioda godišnjih odmora. Interesantan je kontinuiran porast broja usluga zdravstvenog odgoja i kućnih posjeta, posmatrano iz kvartala u kvartal.

Tabela 4.1.5.1.: Prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne skupine u FBiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja

Indikatori	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
I kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	12,8	176,8	207,1	122,7	134,5
Broj kontrolnih pregleda	0,7	39,8	59,1	16,6	30,2
Aktivni nadzor (kućne posjete)	0,0	13,9	15,6	6,4	9,3
Rad sa malom grupom	0,0	3,2	2,2	0,5	1,5
Rad sa velikom grupom	0,0	0,9	1,6	0,2	0,7
Broj registriranih pacijenata	223,5	1355,1	1400,3	687,5	944,3
II kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	100,5	134,4	216,3	273,7	184,5
Broj kontrolnih pregleda	32,5	47,4	100,0	91,3	69,2
Aktivni nadzor (kućne posjete)	10,9	19,3	30,9	53,2	29,3
Rad sa malom grupom	1,5	2,4	6,0	6,6	4,2
Rad sa velikom grupom	0,5	0,5	2,6	1,2	1,2
Broj registriranih pacijenata	223,5	1356,0	1402,4	688,2	945,3
III kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	85,8	96,5	231,2	247,9	168,5
Broj kontrolnih pregleda	39,5	38,1	101,7	106,3	72,7
Aktivni nadzor (kućne posjete)	15,9	16,6	34,3	59,6	32,2
Rad sa malom grupom	1,9	2,5	5,5	6,2	4,1
Rad sa velikom grupom	0,4	0,5	1,7	2,2	1,2
Broj registriranih pacijenata	228,7	1360,1	1411,5	703,5	953,8
IV kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	108,4	115,8	242,0	258,8	184,2
Broj kontrolnih pregleda	54,3	74,9	103,5	110,9	87,2
Aktivni nadzor (kućne posjete)	23,5	18,3	35,8	61,6	35,3
Rad sa malom grupom	2,0	2,8	6,3	8,4	5,0
Rad sa velikom grupom	0,9	0,9	2,2	3,3	1,9
Broj registriranih pacijenata	326,3	1387,5	1456,7	932,6	1053,7

Na tabeli 4.1.5.2. prikazan je prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne skupine u FBiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja. Općenito, na tabeli se može uočiti manji broj pruženih usluga u prvom kvartalu u odnosu na ostale kvartale. Broj prvih pregleda u drugom kvartalu pokazuje porast samo u domovima zdravlja u Tuzli i Zenici u odnosu na vrijednosti u prvom kvartalu. Interesan je mali broj usluga kućnih posjeta i zdravstvenog odgoja tokom prvog kvartala, za razliku od nešto većih vrijednosti u ostalim kvartalima. Međutim, taj porast broja usluga zdravstvenog odgoja po kvartalima izgleda zanemarljiv. Tokom trećeg kvartala dolazi do malog pada ili stagnacije broja pruženih usluga, što je vjerojatno rezultat djelovanja perioda godišnjih odmora. Interesantna je stagnacija prosječnog broja pruženih usluga općenito od strane timova kontrolne skupine tokom četvrtog

kvartala u poređenju s vrijednostima u trećem kvartalu, što govori o izvjesnom gubitku interesa za ovaj posao.

Tabela 4.1.5.2.: Prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne skupine u FBiH po kvartalima 2013.godine po domovima zdravlja

Indikatori	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
I kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	24,9	151,7	40,5	66,2	72,7
Broj kontrolnih pregleda	4,9	22,5	9,4	11,5	12,4
Aktivni nadzor (kućne posjete)	0,4	7,9	0,0	2,7	2,8
Rad sa malom grupom	0,0	1,5	0,2	0,0	0,4
Rad sa velikom grupom	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1
Broj registriranih pacijenata	52,2	1258,8	1459,5	460,0	837,8
II kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	23,8	70,6	63,5	175,2	85,7
Broj kontrolnih pregleda	28,0	22,3	17,7	36,3	26,0
Aktivni nadzor (kućne posjete)	3,6	2,7	0,7	20,0	6,9
Rad sa malom grupom	1,3	0,9	0,8	0,8	0,9
Rad sa velikom grupom	0,1	0,3	0,9	0,0	0,3
Broj registriranih pacijenata	52,2	1260,2	1463,2	460,3	839,2
III kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	6,7	56,8	43,9	96,0	52,6
Broj kontrolnih pregleda	4,5	24,1	19,6	61,8	28,4
Aktivni nadzor (kućne posjete)	0,0	2,3	0,9	25,0	7,3
Rad sa malom grupom	0,0	1,0	0,2	1,8	0,8
Rad sa velikom grupom	0,1	0,1	0,3	0,5	0,2
Broj registriranih pacijenata	52,6	1262,8	1467,2	469,8	843,5
IV kvartal					
Ispunjen evidencijski obrazac	1,8	46,5	45,7	99,2	50,1
Broj kontrolnih pregleda	1,9	34,7	22,2	75,7	34,9
Aktivni nadzor (kućne posjete)	0,3	2,5	1,0	19,3	6,0
Rad sa malom grupom	0,0	0,8	0,6	0,8	0,6
Rad sa velikom grupom	0,1	0,2	1,1	0,2	0,4
Broj registriranih pacijenata	54,5	1273,4	1471,7	659,2	897,1

#### 4.1.6. Spolna struktura obrađenih pacijenata u periodu januar-decembar 2013.godine

Na tabeli broj 4.1.6.1 prikazana je spolna struktura pacijenata, koje su obradili pilot timovi obiteljske medicine, u periodu januar-decembar 2013.godine. U strukturi ukupnog broja prvih pregleda 37,9% čine osobe muškog spola, dok 62,1% čine osobe ženskog spola. Od ukupnog broja kontrolnih pregleda 34,3% je pruženo muškarcima, a 65,7% ženama. Spolnu strukturu pacijenata u okviru indikatora kućne posjete čine 30,2% muškaraca i 69,8% žena. Za usluge zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi nije prikazana spolna struktura pacijenata, obzirom da projektna softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po spolu u okviru ovog indikatora. U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata 42,4% čine osobe muškog spola, dok 57,6% čine osobe ženskog spola. U okviru softverske aplikacije ukupno je registrirano 97.542 osiguranika, gdje na muškarce otpada 41.355, a na žene 56.187.

Tabela 4.1.6.1.: Spolna struktura obrađenih pacijenata u periodu januar-decembar 2013.godine

Indikatori	M(N)	M(%)	Ž(N)	Ž(%)	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	17658	37,9	28980	62,1	46638
Broj kontrolnih pregleda	6187	34,3	11861	65,7	18048
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1953	30,2	4506	69,8	6459
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	41355	42,4	56187	57,6	97542

Na tabeli broj 4.1.6.2. prikazana je spolna struktura obrađenih pacijenata po kvartalima 2013.godine i indikatorima izvedbe. Očito je da je od ukupnog broja prvih i kontrolnih pregleda, te kućnih posjeta, veći postotak usluga pružen ženama u odnosu na muškarce. Interesantan je postepen porast postotka broja usluga pruženih muškarcima, posmatrano od drugog do četvrtog kvartala. Zapaženi porast je najvjerojatnije rezultat lakšeg probira potencijalnih pacijenata za preventivnu obradu na početku istraživanja u prvom kvartalu, a potom su timovi bili sve više usmjereni ka muškom spolu. Za usluge zdravstvenog odgoja, tj. rad u maloj i velikoj grupi, nije prikazana spolna struktura pacijenata, obzirom da softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po spolu u okviru ovog indikatora. U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata, na kraju četvrtog kvartala, 42,4% čine osobe muškog spola, dok 57,6% čine osobe ženskog spola.



Tabela 4.1.6.2.: Spolna struktura obrađenih pacijenata po kvartalima 2013.godine i indikatorima izvedbe

Indikatori	M(N)	M(%)	Ž(N)	Ž(%)	UKUPNO
<b>I kvartal</b>					
Ispunjen evidencijski obrazac	3691	35,6	6669	64,4	10360
Broj kontrolnih pregleda	812	38,1	1317	61,9	2129
Aktivni nadzor (kućne posjete)	174	28,6	435	71,4	609
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	37764	42,4	51342	57,6	89106
<b>II kvartal</b>					
Ispunjen evidencijski obrazac	4872	36,1	8634	63,9	13506
Broj kontrolnih pregleda	1551	32,6	3209	67,4	4760
Aktivni nadzor (kućne posjete)	513	28,4	1295	71,6	1808
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	37825	42,4	51400	57,6	89225
<b>III kvartal</b>					
Ispunjen evidencijski obrazac	4349	39,3	6708	60,7	11057
Broj kontrolnih pregleda	1718	34,0	3337	66,0	5055
Aktivni nadzor (kućne posjete)	581	29,4	1398	70,6	1979
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	38090	42,4	51779	57,6	89869
<b>IV kvartal</b>					
Ispunjen evidencijski obrazac	4746	40,5	6969	59,5	11715
Broj kontrolnih pregleda	2106	34,5	3998	65,5	6104
Aktivni nadzor (kućne posjete)	685	33,2	1378	66,8	2063
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	41355	42,4	56187	57,6	97542

#### 4.1.7. Dobne skupine obrađenih pacijenata tokom 2013.godine

Na tabeli broj 4.1.7.1. prikazana je distribucija obrađenih i registriranih pacijenata po dobnim skupinama u periodu januar-decembar 2013.godine. Udio dobnih skupina u ukupnom broju registriranih pacijenata je prikazan u posljednjoj koloni kao apsolutan broj registriranih i kao postotak svake od dobnih skupina u ukupnom broju registriranih. Softverska aplikacija je u stanju generirati izvještaj o dobnj strukturi pacijenata kojima su pružene tri vrste usluga, a to su slijedeće: ispunjen evidencijski obrazac (prvi pregled); kontrolni pregled; i kućne posjete. Ukupan broj pruženih usluga u okviru jedne dobne skupine izražen je apsolutnim brojem usluga, te postotkom tih osoba u ukupnom broju registriranih iz iste dobne skupine.

Tabela 4.1.7.1.: Distribucija obrađenih i registriranih pacijenata po dobnim skupinama u periodu januar-decembar 2013.godine

Dobne skupine i obrađeni pacijenti (broj i % od registriranih)		Indikatori					
		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
15-19	N	1079	78	38	0	0	4246
	%	25,4	1,8	0,9	0,0	0,0	4,4
20-29	N	3755	413	276	0	0	12193
	%	30,8	3,4	2,3	0,0	0,0	12,5
30-39	N	4980	944	325	0	0	13490
	%	36,9	7,0	2,4	0,0	0,0	13,8
40-49	N	6169	1799	250	0	0	13703
	%	45,0	13,1	1,8	0,0	0,0	14,0
50-59	N	10715	4248	643	0	0	19433
	%	55,1	21,9	3,3	0,0	0,0	19,9
60-69	N	9993	4984	1300	0	0	16428
	%	60,8	30,3	7,9	0,0	0,0	16,8
70&više	N	9947	5582	3627	0	0	18049
	%	55,1	30,9	20,1	0,0	0,0	18,5

Broj prvih pregleda, promatran kroz ukupan broj pruženih usluga, je najveći u dobnj skupini od 50-59 godina, te iznosi 10.715. Međutim, taj broj osoba koje su preventivno obrađene iznosio je svega 55,1% od ukupnog broja registriranih u dobnj skupini 50-59 godina. Najveći postotak obrađenih pacijenata u odnosu na broj registriranih nalazi se u dobnj skupini od 60-69 godina, te iznosi 60,8%.

Ukupan broj kontrolnih pregleda, kao i postotak broja usluga prema broju registriranih u pojedinim dobnim skupinama, kontinuirano raste sa starošću registriranih pacijenata. Tako je najveći broj usluga (5.582) pružen u dobnj skupini od 70 i više godina, a time je obuhvaćeno 30,9% registriranih u toj dobnj skupini.

Iz tabele je vidljivo da i broj kućnih posjeta raste sa starošću. Najveći broj usluga je pružen u dobnoj skupini 70 i više godina (3.627), što je obuhvatilo 20,1% registriranih osoba. Potom slijedi dobna skupina od 60-69 godina, s ukupnim brojem usluga od 1.300 i 7,9% od ukupno registriranih. U dobnoj skupini od 50-59 godina pruženo je 643 usluga, što je obuhvatilo 3,3% registriranih.

Za usluge zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi nije prikazana dobna struktura pacijenata, obzirom da softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po dobi u okviru ovog indikatora.

U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata najveći procenat čine osobe dobne skupine od 50-59 godina (19,9%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (4,4%). Dobna skupina od 60-69 godina čini 16,8% od ukupnog broja registriranih, za razliku od dobne skupine od 70 i više godina na koju otpada 18,5% registriranih pacijenata tokom 2013.godine.

Tabela 4.1.7.2.: Dobne skupine obrađenih pacijenata u I kvartalu 2013.godine

Indikatori		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
Dobne skupine							
15-19	N	90	11	2	0	0	3953
	%	2,3	0,3	0,1	0,0	0,0	4,4
20-29	N	466	70	12	0	0	11577
	%	4,0	0,6	0,1	0,0	0,0	13,0
30-39	N	850	118	21	0	0	12112
	%	7,0	1,0	0,2	0,0	0,0	13,6
40-49	N	1263	252	24	0	0	12860
	%	9,8	2,0	0,2	0,0	0,0	14,4
50-59	N	2643	527	68	0	0	17963
	%	14,7	2,9	0,4	0,0	0,0	20,2
60-69	N	2669	591	123	0	0	14751
	%	18,1	4,0	0,8	0,0	0,0	16,6
70&vise	N	2379	560	359	0	0	15890
	%	15,0	3,5	2,3	0,0	0,0	17,8

Na tabeli broj 4.1.7.2. prikazana je dobna struktura pacijenata, koje su obradili pilot timovi obiteljske medicine, u prvom kvartalu 2013.godine. U strukturi ukupnog broja prvih pregleda najveći procenat čine osobe dobnih skupina 50-59 godina, 60-69 godina i 70 i više godina, dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina. U strukturi ukupnog broja kontrolnih pregleda najveći procenat čine osobe dobne skupine 60-69 godina (4,0% registriranih), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (0,3%). Najveći procenat pacijenata u okviru indikatora kućne posjete nalazi se u starosnoj grupi 70 i više godina (2,3% registriranih), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (0,1% registriranih). Za usluge zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi nije

prikazana dobna struktura pacijenata, obzirom da projektna softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po dobi u okviru ovog indikatora. U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata najveći procenat čine osobe dobne skupine 50-59 godina (20,2%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (4,4%).

Tabela 4.1.7.3.: Dobne skupine obrađenih pacijenata u II kvartalu 2013. godine

Indikatori		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
Dobne skupine							
15-19	N	195	19	11	0	0	3871
	%	5,0	0,5	0,3	0,0	0,0	4,3
20-29	N	754	97	56	0	0	11456
	%	6,6	0,8	0,5	0,0	0,0	12,8
30-39	N	1134	226	66	0	0	12136
	%	9,3	1,9	0,5	0,0	0,0	13,6
40-49	N	1679	426	62	0	0	12695
	%	13,2	3,4	0,5	0,0	0,0	14,2
50-59	N	3138	1146	146	0	0	17885
	%	17,5	6,4	0,8	0,0	0,0	20,0
60-69	N	3169	1324	354	0	0	14999
	%	21,1	8,8	2,4	0,0	0,0	16,8
70&više	N	3437	1522	1113	0	0	16183
	%	21,2	9,4	6,9	0,0	0,0	18,1

Na tabeli broj 4.1.7.3 prikazana je dobna struktura pacijenata, koje su obradili pilot timovi obiteljske medicine, u drugom kvartalu 2013.godine. U strukturi ukupnog broja prvih pregleda najveći procenat od broja registriranih čine osobe dobne skupine 70 i više godina (21,2%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (5,0%). U strukturi ukupnog broja kontrolnih pregleda najveći procenat čine osobe dobne skupine 70 i više godina (9,4%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (0,5%). Najveći procenat pacijenata u okviru indikatora kućne posjete nalazi se u starosnoj grupi 70 i više godina (6,9%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (0,3%). Za usluge zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi nije prikazana dobna struktura pacijenata, obzirom da projektna softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po dobi u okviru ovog indikatora. U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata najveći procenat čine osobe dobne skupine 50-59 godina (20,0%), dok najmanji procenat čine osobe dobne skupine 15-19 godina (4,3%).

Tabela 4.1.7.4.: Dobne skupine obrađenih pacijenata u III kvartalu 2013.godine

Indikatori		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
Dobne skupine							
15-19	N	282	22	6	0	0	3874
	%	7,3	0,6	0,2	0,0	0,0	4,3
20-29	N	1079	106	111	0	0	11305
	%	9,5	0,9	1,0	0,0	0,0	12,6
30-39	N	1316	282	115	0	0	12265
	%	10,7	2,3	0,9	0,0	0,0	13,6
40-49	N	1512	504	91	0	0	12640
	%	12,0	4,0	0,7	0,0	0,0	14,1
50-59	N	2430	1136	206	0	0	17929
	%	13,6	6,3	1,1	0,0	0,0	20,0
60-69	N	2187	1401	388	0	0	15222
	%	14,4	9,2	2,5	0,0	0,0	16,9
70&vise	N	2251	1604	1062	0	0	16634
	%	13,5	9,6	6,4	0,0	0,0	18,5

Na tabelama 4.1.7.4. i 4.1.7.5. prikazana je distribucija obrađenih i registriranih pacijenata po dobnim skupinama tokom trećeg i četvrtog kvartala 2013.godine. Interesantan je porast broja prvih pregleda u mlađim dobnim skupinama tokom ova dva kvartala. Distribucija broja registriranih pacijenata u četvrtom kvartalu jednaka je broju registriranih iz tabele 4.1.7.1. koja se odnosi na cijelu kalendarsku godinu.

Tabela 4.1.7.5.: Dobne skupine obrađenih pacijenata u IV kvartalu 2013.godine

Indikatori		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
Dobne skupine							
15-19	N	512	26	19	0	0	4246
	%	12,1	0,6	0,4	0,0	0,0	4,4
20-29	N	1456	140	97	0	0	12193
	%	11,9	1,1	0,8	0,0	0,0	12,5
30-39	N	1680	318	123	0	0	13490
	%	12,5	2,4	0,9	0,0	0,0	13,8
40-49	N	1715	617	73	0	0	13703
	%	12,5	4,5	0,5	0,0	0,0	14,0
50-59	N	2504	1439	223	0	0	19433
	%	12,9	7,4	1,1	0,0	0,0	19,9
60-69	N	1968	1668	435	0	0	16428
	%	12,0	10,2	2,6	0,0	0,0	16,8
70&vise	N	1880	1896	1093	0	0	18049
	%	10,4	10,5	6,1	0,0	0,0	18,5

#### **4.2. Nagradno plaćanje timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine**

Rezultati vezani za nagradna plaćanja pilot timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine prikazuju distribuciju slijedećih varijabli:

- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za sve pilot timove za period od 12 mjeseci za F BiH, te po kvartalima;
- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za ispitivane skupine (eksperimentalna i kontrolna) pilot timova po kvartalima;
- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za ispitivane skupine pilot timova po domovima zdravlja.

##### **4.2.1. Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u period januar-decembar 2013.godine**

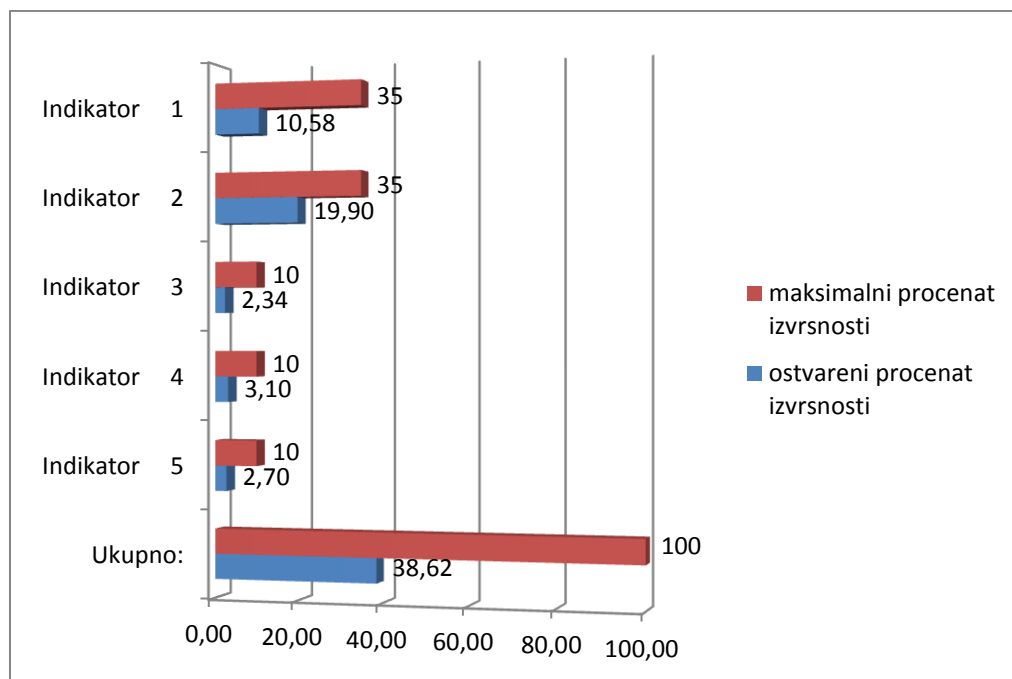
Tabela 4.2.1.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH na kvartalnom nivou u periodu januar-decembar 2013.godine

<b>Indikator</b>	<b>Prosječne vrijednosti pondera po timu za pojedine indikatore u bodovima</b>	<b>Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima</b>
Indikator 1	10,58	35
Indikator 2	19,90	35
Indikator 3	2,34	10
Indikator 4	3,10	10
Indikator 5	2,70	10
Ukupno:	38,62	100

Na tabeli broj 4.2.1.1. prikazan je prosjek ostvarene izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe po timu obiteljske medicine za kvartalni period u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine. Najveći stupanj izvrsnosti u ispunjenju prvog i drugog indikatora izvedbe iznosi 35 bodova, dok za preostala tri indikatora taj procenat iznosi 10 po indikatoru. Iz tabele se može vidjeti da je najveći stupanj izvrsnosti ostvaren za drugi indikator (19,90), zatim slijedi prvi indikator (10,58), potom četvrti i peti indikator(3,10 i 2,70). Najmanji stupanj izvrsnosti ostvaren je za treći indikator (2,34). Prosječne ukupne vrijednosti pondera po timu kvartalno iznose 38,62 boda.

Na grafikonu broj 4.2.1.1. grafički je prikazana prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine, a u odnosu prema maksimalnim vrijednostima procenta izvrsnost za dati indikator.

Grafikon 4.2.1.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine na kvartalnom nivou



#### 4.2.2. Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po kvartalima

Na tabeli 4.2.2.1. prikazan je stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH u period januar-decembar 2013.godine po kvartalima. Evidentan je porast ukupne prosječne kvartalne izvrsnosti po timu obiteljske medicine posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, a te vrijednosti iznose 22,61; 42,03; 44,04; i 45,81 bod. Za svih pet indikatora izvrsnosti zapažen je kontinuirani porast vrijednosti u bodovima posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, osim za indikator 1. Naime, zabilježen je manji broj prvih pregleda tokom trećeg kvartala, a trend je pokazao tek blagi porast tokom četvrtog kvartala.

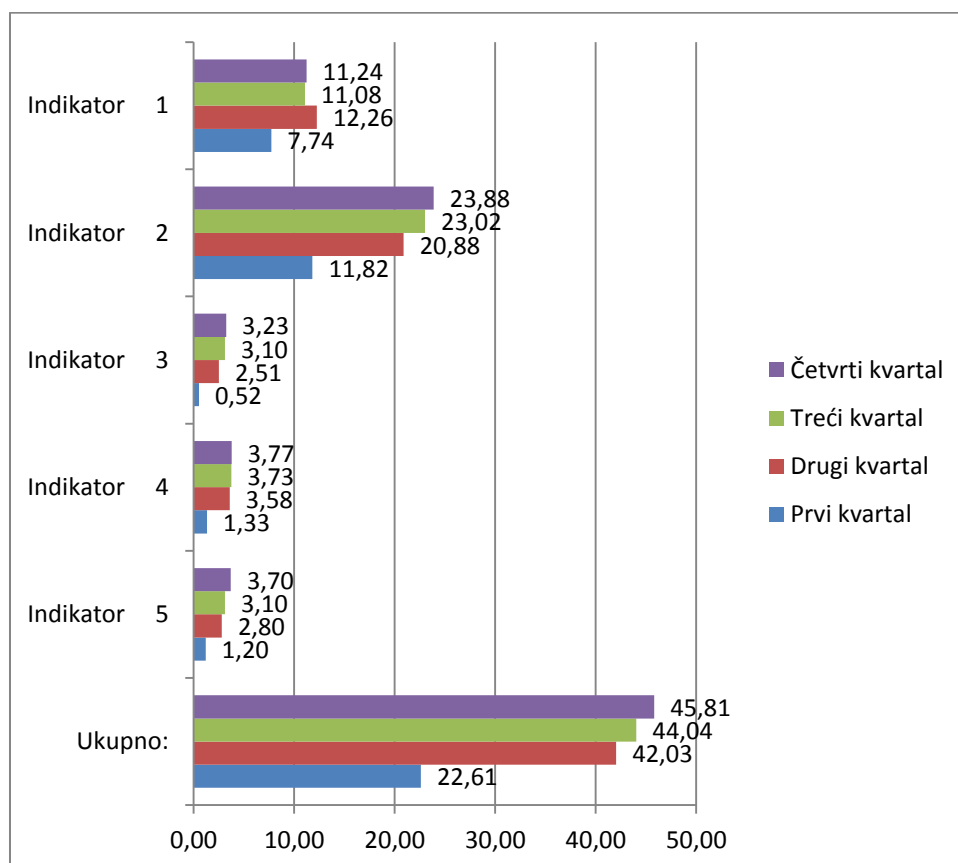
Na grafikonu broj 4.2.2.1. prikazan je stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH u period januar-decembar 2013.godine po kvartalima. Evidentan je porast ukupne prosječne kvartalne izvrsnosti po timu obiteljske medicine posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, što je prikazano numerički na prethodnoj tabeli (4.2.2.1.).



Tabela 4.2.2.1.: Prosječna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima

Indikatori izvrsnosti	Prvi kvartal	Drugi kvartal	Treći kvartal	Četvrti kvartal	Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima
Indikator 1	7,74	12,26	11,08	11,24	35
Indikator 2	11,82	20,88	23,02	23,88	35
Indikator 3	0,52	2,51	3,10	3,23	10
Indikator 4	1,33	3,58	3,73	3,77	10
Indikator 5	1,20	2,80	3,10	3,70	10
Ukupno:	22,61	42,03	44,04	45,81	100

Grafikon 4.2.2.1.: Prosječna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine



#### 4.2.3. Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Tabela 4.2.3.1.: Prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena u bodovima

Indikatori izvrsnosti	Eksperimentalna grupa (bodovi)	Kontrolna grupa (bodovi)
Indikator 1	18,98	2,17
Indikator 2	23,86	15,94
Indikator 3	4,13	0,54
Indikator 4	5,12	1,08
Indikator 5	4,53	0,88
Ukupno:	56,62	20,62

Na tabeli broj 4.2.3.1. prikazana je prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih skupina timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine. Iz tabele se mogu vidjeti razlike u dostignutom stupnju izvrsnosti ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine. Ekperimentalna skupina pilot timova obiteljske medicine ostvarila je veći ukupan stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe u odnosu na kontrolnu skupinu, te je ostvarila prosječan broj bodova u iznosu od 56,62 u odnosu na vrijednosti u kontrolnoj skupini od 20,62 boda. Ako pogledamo dostignute vrijednosti izvrsnosti za pojedine indikatore izvedbe, moguće je zapaziti da su vrijednosti u eksperimentalnoj grupi značajno više u odnosu na kontrolnu grupu.

Tabela 4.2.3.2.: Prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore

Indikatori izvrsnosti	Eksperimentalna grupa (bodovi)	% opsega izvrsnosti	Kontrolna grupa (bodovi)	% opsega izvrsnosti	Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima
Indikator 1	18,98	54,24	2,17	6,21	35
Indikator 2	23,86	68,17	15,94	45,56	35
Indikator 3	4,13	41,33	0,54	5,43	10
Indikator 4	5,12	51,25	1,08	10,83	10
Indikator 5	4,53	45,25	0,88	8,75	10
Ukupno:	56,62	56,62	20,62	20,62	100

Na tabeli broj 4.2.3.2. prikazana je prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore. Od maksimalnog broja bodova (35), koji pilot timovi mogu ostvariti za prvi indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 54,24%, dok je kontrolna grupa ostvarila 6,21%. Od maksimalnog broja bodova,

koji pilot timovi mogu ostvariti za drugi indikator (35), eksperimentalna skupina ostvarila je 68,17%, dok je kontrolna grupa ostvarila 45,56%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za treći indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 41,33%, dok je kontrolna grupa ostvarila 5,43%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za četvrti indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 51,25%, dok je kontrolna grupa ostvarila 10,83%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za peti indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 45,25%, dok je kontrolna grupa ostvarila 8,75%. Ako zbrojimo ostvarene bodove kroz pojedine indikatore izvedbe, dobijemo ukupan broj bodova koji predstavlja kvartalnu izvrsnost u preventivno-promotivnom radu. Taj ukupan broj bodova za pojedini kvartal istovremeno predstavlja i postotak opsega izvrsnosti za sve indikatore, što za eksperimentalnu grupu iznosi 56,62%, a za kontrolnu 20,62%.

#### 4.2.4. Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po kvartalima

Na tabeli 4.2.4.1. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore. Jasno je vidljivo da je prosječna ukupna kvartalna izvrsnost viša u eksperimentalnoj u odnosu na kontrolnu grupu kroz sve kvartale. Također je stupanj izvrsnosti svakog od indikatora izvedbe viši u eksperimentalnoj u odnosu na kontrolnu skupinu. Stupanj izvrsnosti svakog od indikatora ponaosob raste po kvartalima u eksperimentalnoj skupini, dok kontrolna skupina pokazuje izvjesnu stagnaciju u nekim indikatorima tokom trećeg i četvrtog kvartala.

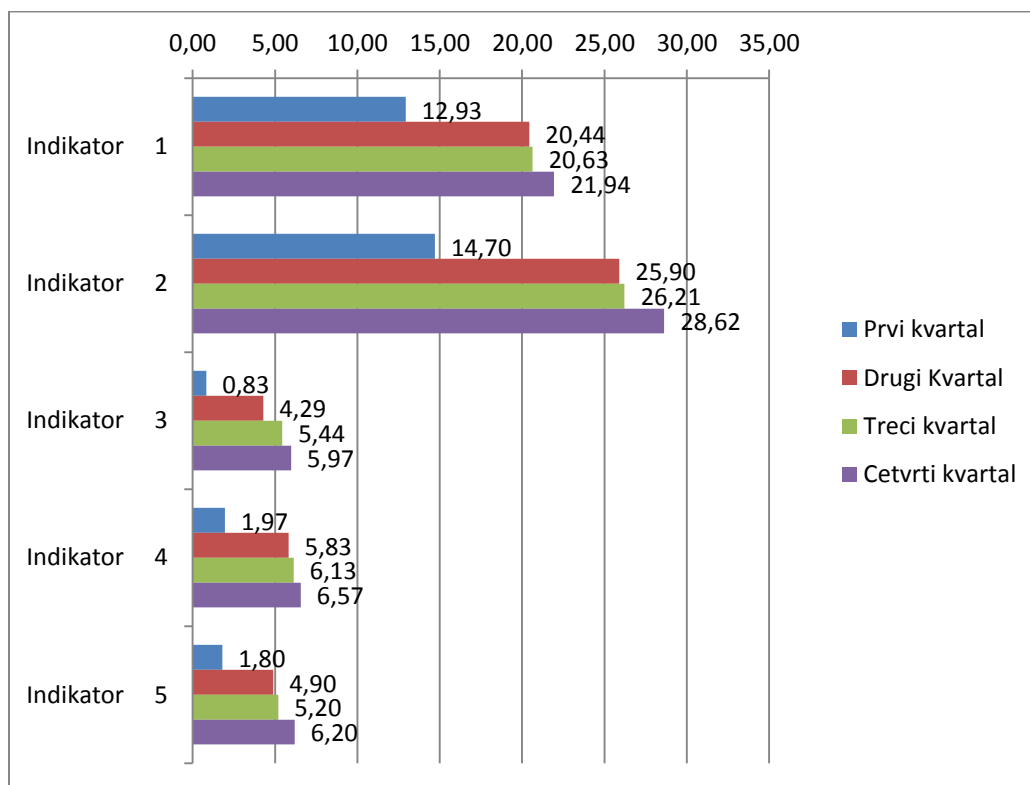
Tabela 4.2.4.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore

	Prvi kvartal		Drugi kvartal		Treći kvartal		Četvrti kvartal	
	E	K	E	K	E	K	E	K
Indikator 1	12,93	2,54	20,44	4,08	20,63	1,54	21,94	0,54
Indikator 2	14,70	8,94	25,90	15,87	26,21	19,83	28,62	19,13
Indikator 3	0,83	0,20	4,29	0,73	5,44	0,77	5,97	0,48
Indikator 4	1,97	0,70	5,83	1,33	6,13	1,33	6,57	0,97
Indikator 5	1,80	0,60	4,90	0,70	5,20	1,00	6,20	1,20
Ukupno:	32,23	12,99	61,36	22,71	63,61	24,47	69,30	22,32

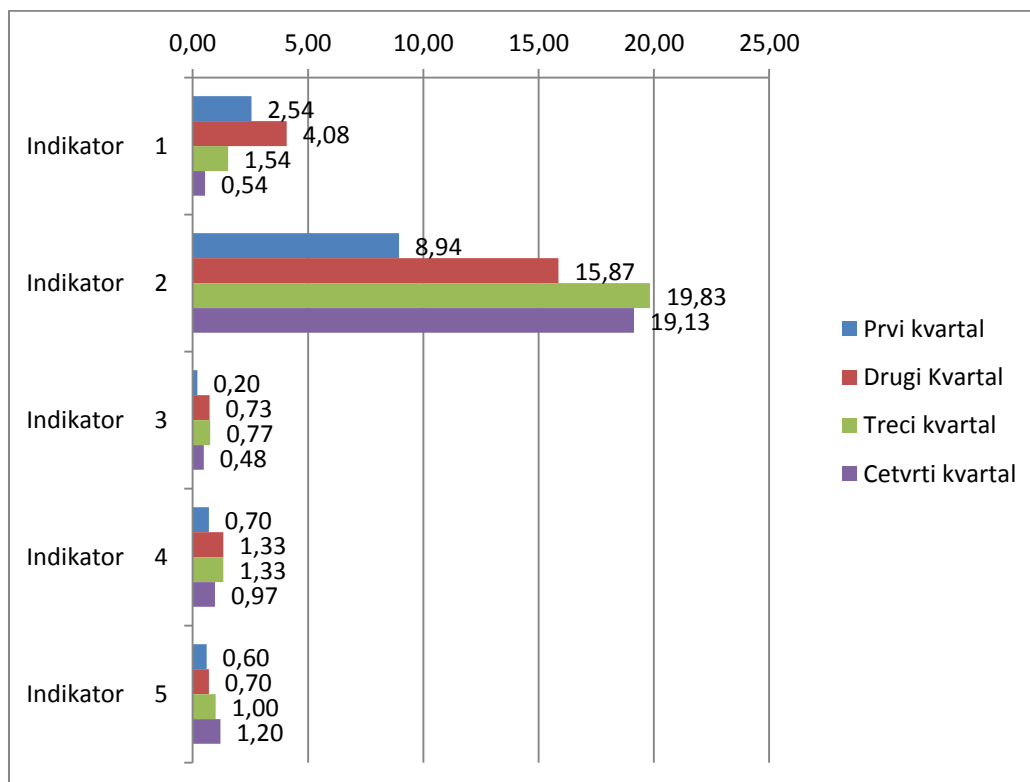
\*E – eksperimentalna grupa; K – kontrolna grupa

Na grafikonu broj 4.2.4.1. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima. Na grafikonu se jasno može vidjeti kontinuirani trend porasta izvrsnosti u svakom od pet indikatora izvedbe od prvog do četvrtog kvartala 2013.godine.

Grafikon 4.2.4.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima



Grafikon 5.2.4.2.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe kontrolne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima



Na grafikonu broj 4.2.4.2. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe kontrolne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima. Na grafikonu se jasno može vidjeti kontinuirani trend porasta izvrsnosti od prvog do četvrtog kvartala 2013.godine samo za indikator 5. Ostali indikatori pokazuju trend porasta izvrsnosti od prvog do drugog ili trećeg kvartala, a potom stagnaciju u četvrtom ili trećem kvartalu.

#### **4.2.5. Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja**

Na tabeli 4.2.5.1. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja izražena u bodovima. Vidljivo je da su sve vrijednosti indikatora u eksperimentalnim grupama veće od vrijednosti u kontrolnim grupama po domovima zdravlja. Najviša prosječna kvartalna izvrsnost po timu za indikator 1 je ostvarena u Domu zdravlja Zenica s vrijednošću od 28,05 bodova. Kod indikatora 2 najveća vrijednost je ostvarena u Domu zdravlja Tuzla s vrijednošću od 32,23 boda. Najveći prosječni rezultat izvrsnosti za indikator 3 (broj kućnih posjeta) ostvaren je u okviru timova eksperimentalne skupine u Domu zdravlja Zenica s vrijednošću od 7,03 bodova. Najveće prosječne vrijednosti izvrsnosti u oblasti usluga zdravstvenog odgoja (rad u maloj I velikoj grupi) ostvarene su u eksperimentalnoj skupini timova u Domu zdravlja Tuzla s vrijednostima od 6,99 i 7,21 bodova.

Tabela 4.2.5.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja izražena u bodovima

	Mostar		Sarajevo		Tuzla		Zenica	
	E	K	E	K	E	K	E	K
Indikator 1	8,85	0,04	10,60	3,39	26,87	0,28	28,05	4,65
Indikator 2	12,20	7,34	23,41	19,37	32,23	14,96	25,80	20,79
Indikator 3	2,17	0,05	2,02	0,19	5,00	0,00	7,03	1,86
Indikator 4	2,08	0,45	4,20	1,70	6,99	0,64	6,76	1,44
Indikator 5	1,59	0,34	3,27	1,25	7,21	0,96	5,58	0,87

\*E – eksperimentalna grupa; K – kontrolna grupa

#### **4.2.6. Ostvareni ukupni broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja**

Na tabeli broj 4.2.6.1. prikazane su vrijednosti prosječno ostvarenih bodova po timu u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine po domovima zdravlja. U tabeli se može vidjeti da je eksperimentalna grupa Doma zdravlja Mostar ostvarila ukupan broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe od 26,89, dok je kontrolna skupina ostvarila 8,22 boda. Eksperimentalna grupa Doma zdravlja Sarajevo ostvarila je ukupan broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe od 43,50, dok je kontrolna skupina ostvarila 25,90 bodova. U Domu zdravlja Tuzla eksperimentalna grupa ostvarila je ukupno 78,30 bodova, dok je kontrolna ostvarila 16,84 boda. U Domu zdravlja Zenica eksperimentalna grupa ostvarila je ukupno 73,22 bodova, dok je kontrolna ostvarila 29,61 bodova.

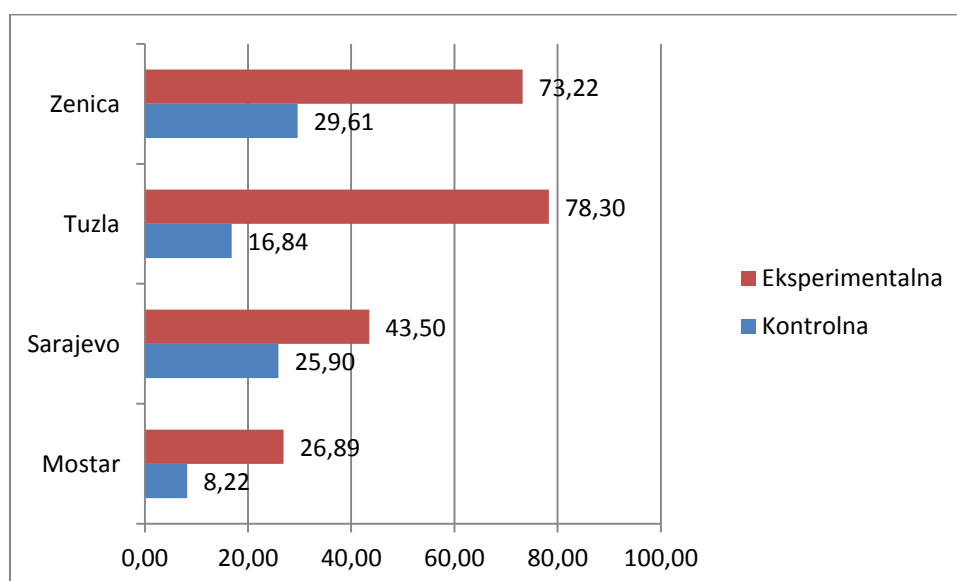
Dijeljenjem prosječno ostvarenog broja bodova u eksperimentalnoj grupi s vrijednostima u kontrolnoj grupi dobili smo omjer bodova između eksperimentalne i kontrolne grupe pojedinih domova zdravlja. U tabeli se može vidjeti da je najveći omjer između ukupnog broja ostvarenih bodova eksperimentalne i kontrolne skupine Doma zdravlja Tuzla (4,65), potom između ispitivanih skupina Doma zdravlja Mostar (3,27) i Doma zdravlja Zenica (2,47). Najmanji omjer bodova ostvaren je u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo (1,68). Više vrijednosti pomenutog omjera ukazuju na veće razlike u izvedbama eksperimentalne i kontrolne grupe, što vjerojatno može značiti veći utjecaj nagradnog plaćanja na izvrsnost izvedbe u tim domovima zdravlja.

Tabela 4.2.6.1.: Omjer prosječno ostvarenih bodova po timu u ispunjenju svih indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Domovi zdravlja	Eksperimentalna skupina	Kontrolna skupina	Omjer bodova E/K
Mostar	26,89	8,22	3,27
Sarajevo	43,50	25,90	1,68
Tuzla	78,30	16,84	4,65
Zenica	73,22	29,61	2,47

Na grafikonu broj 4.2.6.1. prikazan je prosječan broj bodova po timu kvartalno u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Iz grafikona se mogu vidjeti razlike u dostignutom ukupnom broju bodova u ispunjenju indikatora izvedbe po domovima zdravlja. Eksperimentalne skupine u svim domovima zdravlja ostvarile su veći broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe u odnosu na kontrolne skupine. Međutim, evidentan je različit omjer između izvedbe dvije ispitivane skupine promatrano po domovima zdravlja.

Grafikon 4.2.6.1.: Ostvareni prosječan broj bodova po timu kvartalno u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja



### 4.3. Prevalenca rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu 2013.godine

Distribucija prevalence rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine prikazana je u odnosu na slijedeće varijable, kao što slijedi:

- Prevalenca rizika na ukupan broj pregledanih pacijenata;
- Prevalenca rizika po domovima zdravlja;
- Prevalenca rizika po spolnoj strukturi pacijenata;
- Prevalenca rizika po dobnoj strukturi pacijenata.

Pomenute korelacije prevalencije rizika su prikazane samo za godišnji period, bez distribucije po kvartalima, uslijed relevantnosti dobivenih rezultata.

#### 4.3.1. Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

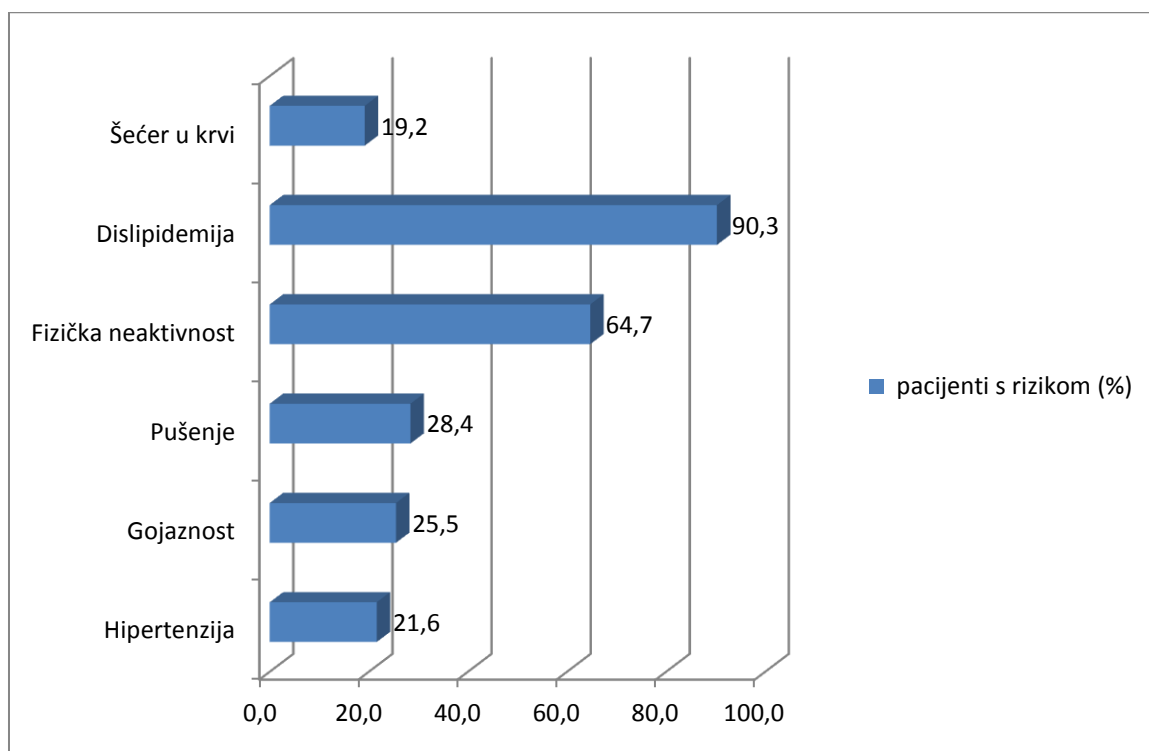
Na tabeli broj 4.3.1.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je za dislipidemiju (90,3%) i fizičku neaktivnost (64,7%). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 19,2 %, odnosno 21,6%. Prevalenca pušenja kod ispitivanih pacijenata iznosila je 28,4 %. Prevalenca gojaznosti kao zdravstvenog rizika (ITM > 30) iznosila je 25,5 %.

Tabela 4.3.1.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	38006	8211	21,6 %
Gojaznost	29865	7619	25,5 %
Pušenje	32030	9102	28,4 %
Fizička neaktivnost	30908	19995	64,7 %
Dislipidemija	19298	17421	90,3 %
Šećer u krvi	11983	2300	19,2 %

Na grafikonu broj 4.3.1.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine.

Grafikon 4.3.1.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine



#### 4.3.2. Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Na tabeli broj 4.3.2.1 prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (94,5%) i fizičke neaktivnosti (63,9 %). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i gojaznost s vrijednostima od 22,2 %, odnosno 23,7%. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 31,4% , a prevalenca hipertenzije je 27,8%.

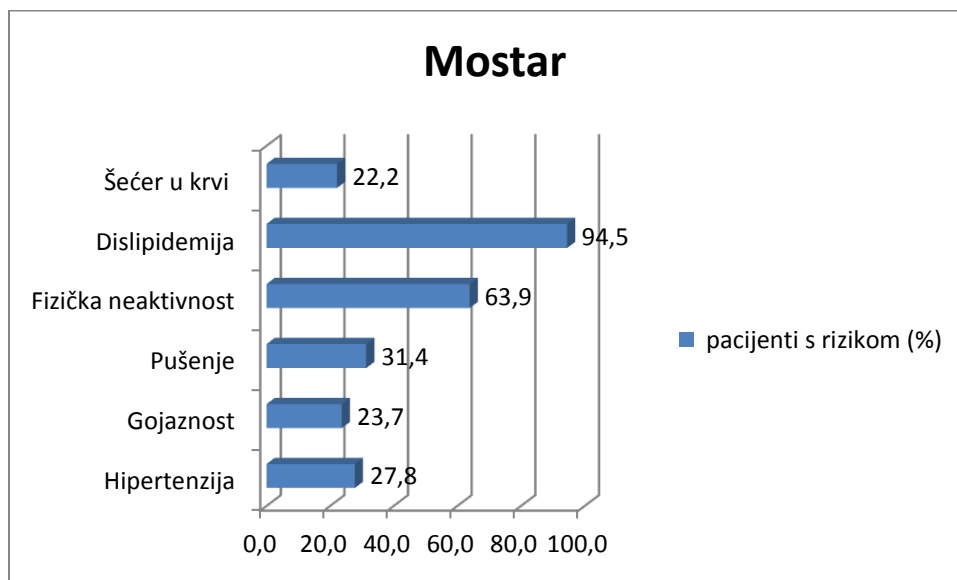
Tabela 4.3.2.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	2887	802	27,8 %
Gojaznost	2152	510	23,7 %
Pušenje	2261	709	31,4 %
Fizička neaktivnost	2345	1499	63,9 %
Dislipidemija	1851	1749	94,5 %
Šećer u krvi	1995	443	22,2 %



Na grafikonu broj 4.3.2.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima u prethodnoj tabeli.

Grafikon 4.3.2.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine



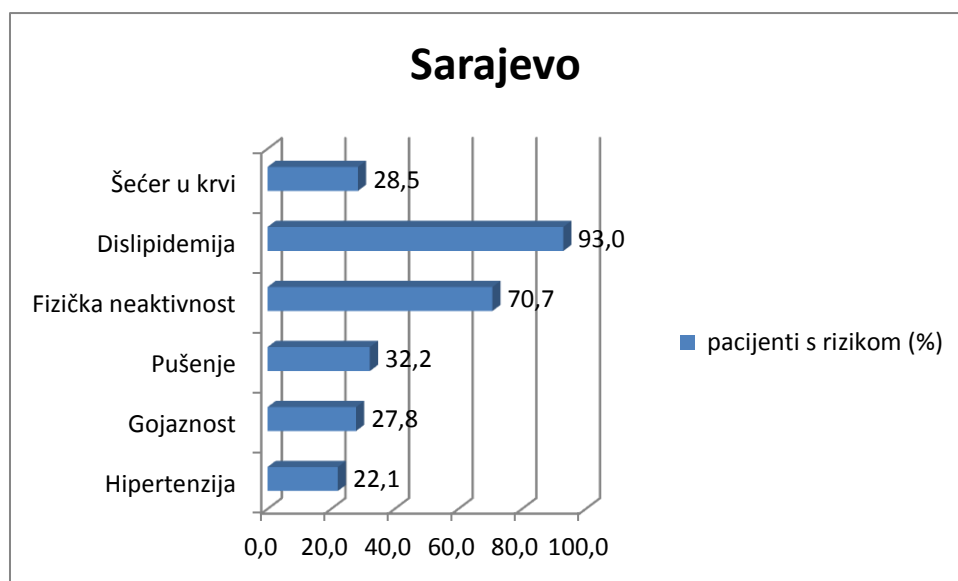
Na tabeli broj 4.3.2.2. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (93,0%) i fizičke neaktivnosti (70,7 %). Najmanja učestalost je otkrivena za hipertenziju i gojaznost s vrijednostima od 22,1 %, odnosno 27,8%. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 32,2% , a prevalenca povišenih vrijednosti šećera u krvi je 28,5%.

Tabela 4.3.2.2.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	8637	1911	22,1 %
Gojaznost	6585	1832	27,8 %
Pušenje	7191	2315	32,2 %
Fizička neaktivnost	6877	4859	70,7 %
Dislipidemija	5477	5092	93,0 %
Šećer u krvi	1339	381	28,5 %

Na grafikonu broj 4.3.2.2. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima iz prethodne tabele.

Grafikon 4.3.2.2.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine

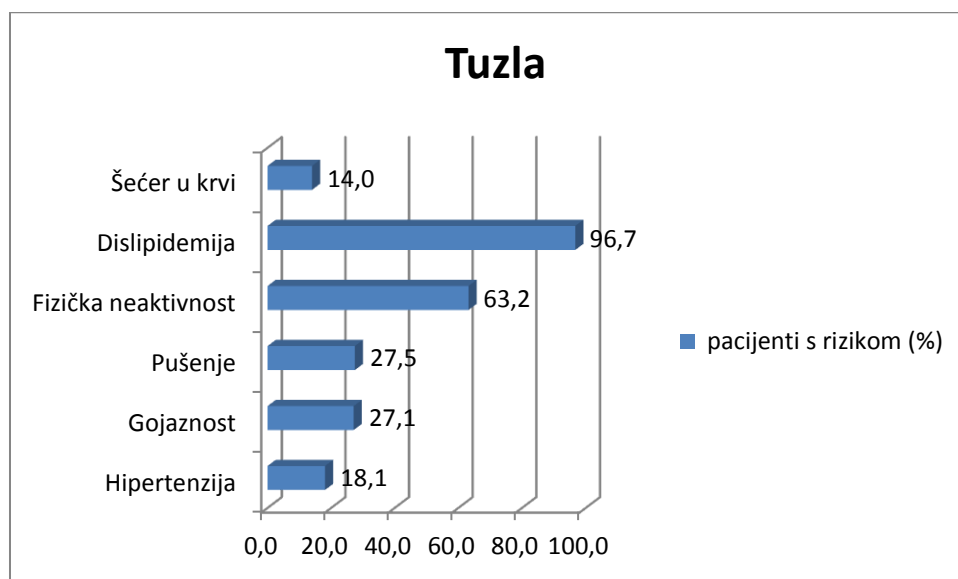


Na tabeli broj 4.3.2.3. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (96,7%) i fizičke neaktivnosti (63,2 %). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 14,0 %, odnosno 18,1 %. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 27,5%. Prevalenca gojaznosti je bila 27,1 %.

Tabela 4.3.2.3.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	11365	2056	18,1 %
Gojaznost	9039	2450	27,1 %
Pušenje	9774	2685	27,5 %
Fizička neaktivnost	9026	5702	63,2 %
Dislipidemija	3981	3850	96,7 %
Šećer u krvi	4306	602	14,0 %

Grafikon 4.3.2.3.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine



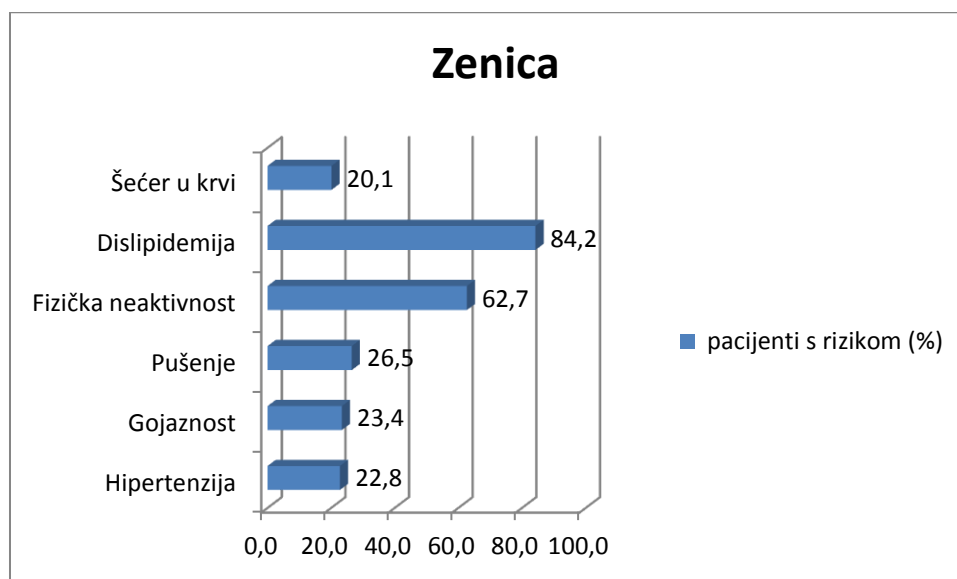
Na tabeli broj 4.3.2.4. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (84,2 %) i fizičke neaktivnosti (62,7 %). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 20,1 %, odnosno 22,8 %. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 26,5%. Prevalenca gojaznosti je bila 23,4 %.

Tabela 4.3.2.4.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	15117	3442	22,8 %
Gojaznost	12089	2827	23,4 %
Pušenje	12804	3393	26,5 %
Fizička neaktivnost	12660	7935	62,7 %
Dislipidemija	7989	6730	84,2 %
Šećer u krvi	4343	874	20,1 %

Na grafikonu broj 4.3.2.4. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima u prethodnoj tabeli.

Grafikon 4.3.2.4.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine



**Statistička značajnost razlike postotaka prevalencije rizika između gradova u FBiH.** Za testiranje razlika prevalencije rizika korišten je “Studentov-t test” u SPSS programskom paketu. U tabeli koja slijedi prikazano je postojanje statistički signifikantnih razlika između prevalencije rizika u pojedinim gradovima na razini povjerenja od  $p < 0.05$ . Statistička značajnost razlika učestalosti pojedinih rizika između ispitivanih gradova je evidentna. Distribucija rizika po gradovima poredana od najveće učestalosti ka najmanjoj jasno pokazuje da Sarajevo prednjači s učestalošću četiri rizika u odnosu na druge gradove, dok se Zenica nalazi na posljednjem mjestu po učestalosti četiri faktora rizika. Ispitivane populacije u četiri grada se mogu rangirati, počevši od najveće ka najmanjoj učestalosti ispitivanih faktora rizika, slijedećim redoslijedom: Sarajevo, Mostar, Tuzla i Zenica.

Tabela 4.3.2.5.: Distribucija rizika po gradovima od najveće učestalosti ka najmanjoj s oznakom statističke značajnosti razlike (\*)

Rizik	Distribucija rizika od najveće učestalosti ka najmanjoj po gradovima s oznakom statističke značajnosti razlike (*)			
<b>Hipertenzija</b>	Mostar (27,8%) >*	Zenica (22,8%) >	Sarajevo (22,1%) >*	>* Tuzla (18,1%)
<b>Gojaznost</b>	Sarajevo (27,8%) >*	Tuzla (27,1%) >*	Mostar (23,7%) >	>Zenica (23,4%)
<b>Pušenje</b>	Sarajevo (32,2%) >	Mostar (31,4%) > *	Tuzla (27,5%) >	>Zenica (26,5%)
<b>Fizička neaktivnost</b>	Sarajevo (70,7%) > *	Mostar (63,9%) >	Tuzla (63,2%) >	>Zenica (62,7%)
<b>Dislipidemija</b>	Tuzla (96,7%) > *	Mostar (94,5%) > *	Sarajevo (93,0%) >*	>Zenica (84,2%)
<b>Šećer u krvi</b>	Sarajevo (28,5%) >*	Mostar (22,2%) >	Zenica (20,1%) >*	>*Tuzla (14,0%)

\*postoji statistički značajna razlika na razini povjerenja od  $p < 0,05$

Tabela 4.3.2.6.: Razlike u prevalenciji rizika između gradova bez statističke značajnosti razlike na razini povjerenja  $p < 0,05$

Rizik	Razlike u prevalenciji rizika između gradova bez statističke značajnosti razlike na razini povjerenja $p < 0,05$		
Hipertenzija	Sarajevo -Zenica	/	/
Gojaznost	Mostar -Zenica	Sarajevo -Tuzla	/
Pušenje	Mostar - Sarajevo	Tuzla - Zenica	/
Fizička neaktivnost	Mostar - Tuzla	Mostar - Zenica	Tuzla - Zenica
Dislipidemija	/	/	/
Šećer	Mostar - Zenica	/	/

#### 4.3.3. Distribucija učestalosti faktora rizika u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

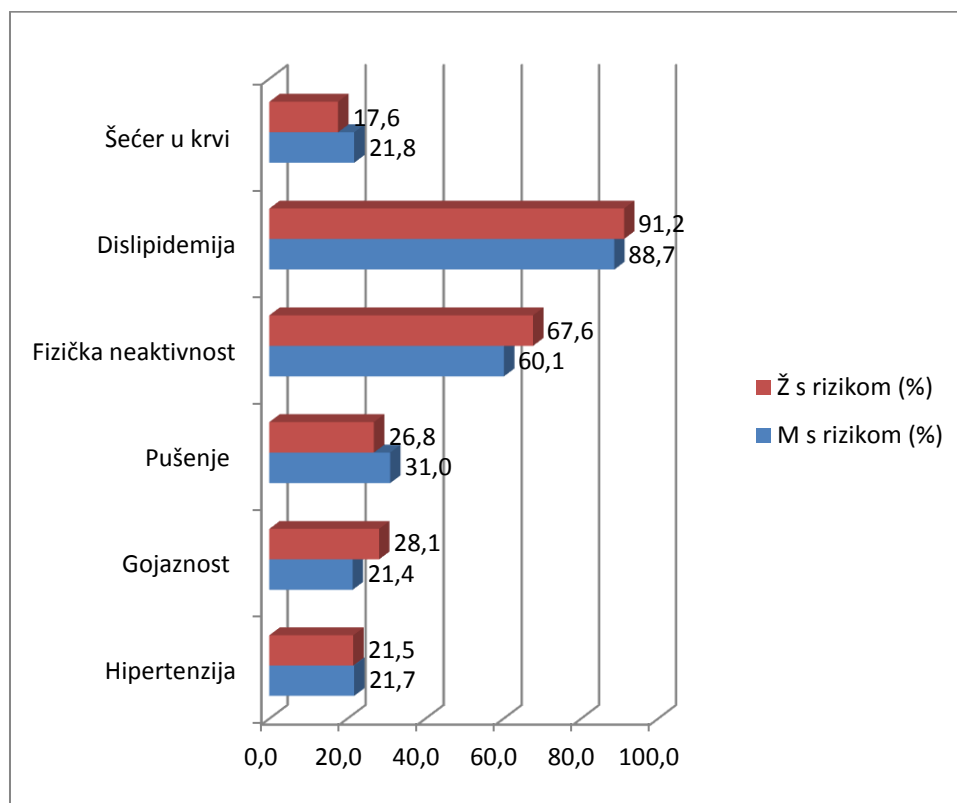
Na tabeli broj 4.3.3.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da učestalost faktora rizika hipertenzija za muškarce iznosi 21,7%, a za žene 21,5%. Učestalost faktora rizika gojaznost za muškarce iznosi 21,4%, a za žene 28,1%. Faktor rizika pušenje evidentira se kod 31,0% muškaraca i 26,8% žena. Fizička neaktivnost je prisutna kod 60,1% muškaraca i 67,6% žena. Učestalost faktora rizika dislipidemija iznosi 88,7% za muškarce i 91,2% za žene. Povišene vrijednosti šećera u krvi prisutne su kod 21,8 % muškaraca i 17,6 % žena.

Tabela 4.3.3.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	M pregledani (N)	M s rizikom (N)	M s rizikom (%)	Ž pregledane (N)	Ž s rizikom (N)	Ž s rizikom (%)
Hipertenzija	14459	3143	21,7 %	23547	5068	21,5 %
Gojaznost	11568	2471	21,4 %	18297	5148	28,1 %
Pušenje	12368	3831	31,0 %	19662	5271	26,8 %
Fizička neaktivnost	12006	7221	60,1 %	18902	12774	67,6 %
Dislipidemija	6968	6178	88,7 %	12330	11243	91,2 %
Šećer u krvi	4560	992	21,8 %	7423	1308	17,6 %

Na grafikonu broj 4.3.3.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika izražena u postotcima po spolu u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima iz prethodne tabele.

Grafikon 4.3.3.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po spolu u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine



#### 4.3.4. Distribucija učestalosti faktora rizika u odnosu na broj obrađenih pacijenata po dobnim skupinama u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

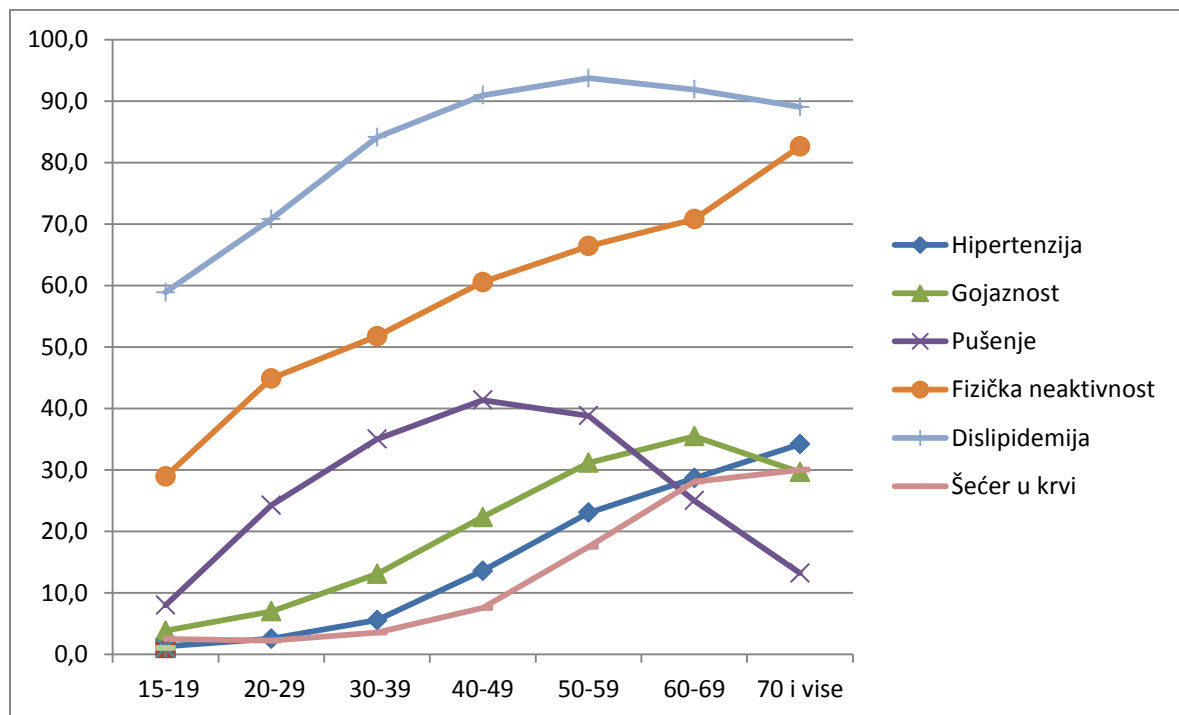
Na tabeli broj 4.3.4.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u svakoj pojedinoj dobnj skupini u FBiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da se najveća učestalost faktora rizika hipertenzija nalazi u dobnj skupini pacijenata od 70 i više godina (34,2%). Gojaznost je najučestalija u dobnj skupini 60-69 godina sa 35,5 %. Najveća učestalost faktora rizika pušenja evidentira se u dobnj skupini pacijenata od 40-49 godina (41,3%). Fizička neaktivnost je najučestaliji faktor rizika u dobnj skupini od 50-59 godina (66,4%). Dislipidemija je najučestaliji faktor rizika u dobnj skupini od 50-59 godina (93,7%). Najveća učestalost povišenih vrijednosti šećera u krvi evidentira se u dobnj skupini od 70 i više godina (30,0 %).

Tabela 4.3.4.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Dobne skupine obrađenih pacijenata i učestalost rizika u % u okviru dobne skupine						
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 i više
Hipertenzija	1,3	2,5	5,6	13,6	23,0	28,6	34,2
Gojaznost	3,8	7,0	13,1	22,3	31,2	35,5	29,6
Pušenje	8,0	24,2	35,0	41,3	38,8	25,0	13,2
Fizička neaktivnost	28,9	44,9	51,7	60,5	66,4	70,8	82,6
Dislipidemija	58,9	70,8	84,1	90,9	93,7	91,9	89,0
Šećer u krvi	2,5	2,2	3,5	7,5	17,5	28,1	30,0

Na grafikonu broj 4.3.4.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata po dobnim skupinama u F BiH tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima iz prethodne tabele.

Grafikon 4.3.4.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine



#### 4.3.5. Dobna struktura pacijenata s faktorima rizika u FBiH tokom 2013.godine

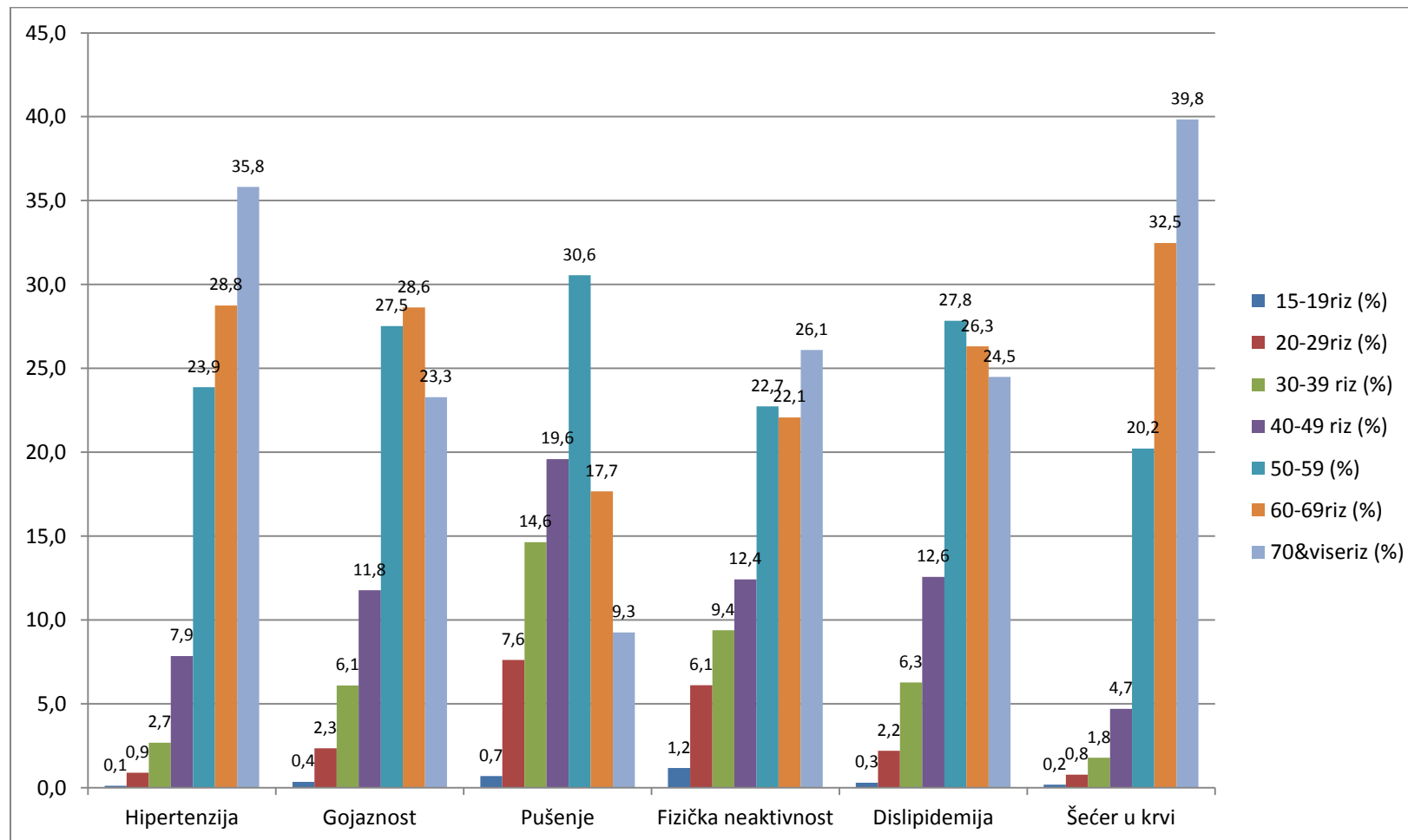
Na tabeli broj 4.3.5.1. prikazana je distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u F BiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da se od ukupnog broja pacijenata sa otkrivenim faktorom rizika hipertenzija najveći procenat pacijenata nalazi u dobnoj skupini 70 i više godina (35,8%). Od ukupnog broja pacijenata sa faktorom rizika gojaznost najveći procenat pacijenata nalazi se u dobnoj skupini od 60-69 godina (28,6%). U strukturi pacijenata sa prisutnim faktorom rizika pušenje najzastupljeniji su pacijenti dobne skupine 50-59 (30,6%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika fizička neaktivnost najzastupljeniji su pacijenti dobne skupine 70 i više godina (26,1%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika dislipidemija najzastupljeniji su pacijenti dobne skupine 50-59 godina (27,8%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika povišene vrijednosti šećera u krvi najzastupljeniji su pacijenti dobne skupine 70 i više godina (39,8 %).

Tabela 4.3.5.1.: Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u FBiH tokom 2013.godine

Faktor rizika	Dobne skupine pacijenata s rizikom i distribucija učestalosti rizika u % po dobnim skupinama							
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 i više	Ukupno %
Hipertenzija	0,1	0,9	2,7	7,9	23,9	28,8	35,8	100,0
Gojaznost	0,4	2,3	6,1	11,8	27,5	28,6	23,3	100,0
Pušenje	0,7	7,6	14,6	19,6	30,6	17,7	9,3	100,0
Fizička neaktivnost	1,2	6,1	9,4	12,4	22,7	22,1	26,1	100,0
Dislipidemija	0,3	2,2	6,3	12,6	27,8	26,3	24,5	100,0
Šećer u krvi	0,2	0,8	1,8	4,7	20,2	32,5	39,8	100,0



Grafikon 4.3.5.1.: Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u FBiH tokom 2013.godine



## 5. Diskusija

U ovom poglavlju data je diskusija o prikazanim rezultatima istraživanja projekta pod naslovom „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“ (u daljem tekstu „projekt“), nastali u jednogodišnjem periodu tokom kalendarske 2013. godine na 100 pilot timova obiteljske medicine u FBiH. Zbog velikog broja ispitivanih varijabli rezultati su prikazani u tri poglavlja, te bi iz tog razloga bilo dobro strukturirati diskusiju kao što slijedi:

- indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine;
- nagradno plaćanje pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine;
- prevalenca rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u FBiH tokom 2013. godine.

Pored komentara varijabli prikazanim u poglavlju “rezultati istraživanja”, jedan od glavnih zadataka ovog poglavlja je odgovoriti na ciljeve istraživanja ovog projekta. Dva osnovna cilja projekta su slijedeći:

- razviti obavezujući standardizirani set preventivno-promotivnih zadataka za timove obiteljske medicine;
- testirati “nagrada plaćanja” za dobru praksu u oblasti sprovedbe pomenutog preventivno-promotivnog seta usluga na pilot uzorku od najviše 100 timova u F BiH.

Dugoročni cilj projekta, nakon njegovog završetka, je da standardizirani set preventivno-promotivnih zadataka postane održivi dio preventivnih usluga u timu obiteljske medicine, da doprinese podizanju kvaliteta zdravstvenih usluga, te da uvede nagradno plaćanje kao novi mehanizam plaćanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u F BiH.

Zaključci i preporuke projekta se odnose na dva glavna cilja projekta, a tiču se koncepta preventivno-promotivnih zadataka u timovima obiteljske medicine kao organiziranog masovnog skrininga, kao i koncepta nagradnog plaćanja kao načina za kreiranje motivacije za timove. Pored toga, potrebno je dati odgovore o informatičkoj podršci pomenutim zadacima, koju smo razvili koristeći našu softversku aplikaciju.

### 5.1. Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine

Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine prikazuju distribuciju broja pruženih preventivno-promotivnih usluga prema:

- Domovima zdravlja i kvartalima;
- Ispitivanim grupama (eksperimentalna i kontrolna) i kvartalima;

- Domovima zdravlja, ispitivanim grupama i kvartalima;
- Prosjeku broja usluga po timu obiteljske medicine;
- Spolnoj strukturi pacijenata i kvartalima;
- Dobnim skupinama pacijenata i kvartalima.

### **Indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013. godine po domovima zdravlja i po kvartalima**

Na tabeli broj 4.1.1.1. u poglavlju rezultati prikazani su indikatori izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine, po domovima zdravlja za obje ispitivane grupe. Ukupan broj prvih pregleda, odnosno ispunjenih evidencijskih obrazaca, iznosio je 46.638. Broj kontrolnih pregleda za pacijente s najmanje jednim rizikom iznosio je 18.048. Ukupan broj obavljenih kućnih posjeta u jednogodišnjem razdoblju iznosio je 6.459. Broj usluga zdravstvenog odgoja, tj.rad u maloj i velikoj grupi, iznosio je 882 odnosno 308. Ukupan broj registriranih pacijenata u okviru naše softverske aplikacije iznosio je 97.542. Na osnovu pomenutih pokazatelja može se zaključiti da je naš preventivno-promotivni koncept rada tima obiteljske medicine testiran na značajnom uzorku pacijenata.

Podaci o distribuciji ukupnog broja pruženih usluga po domovima zdravlja ukazuju na to da je najveći ukupan broj usluga pružen u Domu zdravlja Zenica. Posmatrano po pojedinim uslugama, rad s velikom grupom je bio zastupljeniji u Tuzli posmatrano tokom cijele 2013.godine (44,2%) u odnosu na vrijednosti postignute u Zenici (31,8%). Najveći broj registriranih pacijenata evidentiran je u Domu zdravlja Tuzla (39,0%), a najmanji u Domu zdravlja Mostar (4,3%).

Prikaz kvartalne distribucije broja pruženih usluga ukazuje na značajan porast ukupnog broja svih pruženih usluga u drugom kvartalu u odnosu na vrijednosti u prvom kvartalu. Lošiji rezultati izvedbe u prvom kvartalu su rezultat djelovanja dva faktora. *Prvo*, informatička podrška nije adekvatno funkcionirala kod svih timova od samog početka projekta, tj.od 1.januara 2013. Naime, radilo se o kašnjenju s postavljanjem računara u nekim ambulantomama, te s kašnjenjem u povezivanju pojedinih računara s web-baziranom softverskom aplikacijom. U nekim terenskim ambulantomama je bilo potrebno prvo postaviti video nadzor radi sigurnosti računarske opreme od krađe, što je uzelo nešto vremena. U nekim ambulantomama nije bilo tehnički moguće povezivanje s internetom, što je također uzelo nešto vremena u početku projekta. Informatičke vještine članova timova obiteljske medicine nisu bile ravnomjerno razvijene, te smo radili edukativne radionice za članove timova. Svaki od domova zdravlja je imao samo jednog zaposlenog informatičara, koji je podržavao naš projekt pored svih drugih obaveza u ustanovi. *Drugo*, što je uzrokovalo niže rezultate izvedbe u prvom kvartalu su bile niže razvijene kliničke vještine preventivne obrade pacijenata, tj.podjele posla između članova tima i načina unosa podataka u softversku aplikaciju. Projekt je apelirao na članove tima da preuzmu kolektivnu odgovornost za rezultate ovog segmenta posla, te da se sami dogovore o najboljoj i najefikasnijoj podjeli posla, kako kod pregleda pacijenta, tako i kod unosa podataka u softversku aplikaciju. Značajan broj timova je izjavio da su na najoptimalniji način sami dogovorili podjelu posla između liječnika i sestara u timu, najčešće na način kako je to predloženo u metodologiji projekta. Unos podataka u softversku aplikaciju najčešće se radio na kraju radnog vremena ili ponekad i subotom, jer taj

dio posla nije bilo moguće završiti tokom same obrade pacijenta zbog nedostatka vremena i većeg broja pregleda terapijskog karaktera.

Procentualno učešće usluga zdravstvenog odgoja (rad s malom i velikom grupom) tokom prva dva kvartala je bilo najveće u Tuzli, dok je u trećem i četvrtom kvartalu najveći broj tih usluga pružen u Zenici. Tokom prvog kvartala primjene novog koncepta preventivne obrade timovi su se posvetili prvim pregledima, te potom kontrolnim pregledima pacijenata koji imaju bar jedan rizik. Bilo je za očekivati da će broj usluga zdravstvenog odgoja u prvom kvartalu biti niži iz opravdanih razloga, a to su prije svega ovladavanje novim konceptom kliničkih i informatičkih vještina, tehničke smetnje oko povezivanja sa softverskom aplikacijom, te nedostatna pripremljenost za rad u maloj i velikoj grupi. Ovaj koncept preventivnog rada je značajno unaprijedio prezentacijske vještine za rad u velikoj grupi, kao i doprinio standardiziranom pristupu pojedinim relevantnim temama zdravstvenog odgoja.

U trećem kvartalu je moguće primijetiti izvjestan pad ukupnog broja prvih pregleda, što je vjerojatno rezultat djelovanja perioda godišnjih odmora tokom ljeta. Bilo je očekivano da će postojati izvjesne sezonske varijacije u broju i strukturi pruženih usluga. Distribucija broja svih usluga po kvartalima pokazuje kontinuirani porast u Zenici od prvog do četvrtog kvartala. Vremenska dinamika promjena broja pruženih usluga po kvartalima upućuje na to da je testirani koncept najuspješnije prihvaćen u Zenici, a potom u Tuzli, Sarajevu i Mostaru. Kontinuirani porast izvrsnosti izvedbe pokazuje da je za implementaciju svakog novog koncepta potrebno vrijeme za razvoj potrebnih vještina, kao i motivacijskih mehanizama.

Ukupan broj registriranih pacijenata je postepeno rastao iz kvartala u kvartal. Vidljiv je značajno veći broj registriranih pacijenata u Sarajevu i Tuzli, što je rezultat preuzimanja elektronskog kartona pacijenta iz baze podataka Zavoda zdravstvenih osiguranja u Sarajevu i Tuzli. U Zenici i Mostaru nije bilo moguće preuzeti elektronske podatke o osiguranicima iz baza podataka zavoda zdravstvenih osiguranja. Unatoč tome, softverska aplikacija je omogućila brz način otvaranja novog elektronskog kartona za pacijente koji nisu bili uneseni u aplikaciju kopiranjem podataka iz baze zavoda zdravstvenog osiguranja. Dokaz za to je najbolja izvedba u Domu zdravlja Zenica, gdje je unos pacijenata rađen od strane članova tima na postepen način tokom cijele kalendarske godine.

### **Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine po kvartalima**

Na tabeli broj 4.1.2.1. u poglavlju rezultati prikazani su indikatori izvedbe eksperimentalne i kontrolne grupe pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine ukupno za sva četiri doma zdravlja. U tabeli se može vidjeti i distribucija ukupnog broja pruženih usluga po ispitivanim skupinama. Od ukupnog broja prvih pregleda (46.638) eksperimentalna grupa je obavila 33.584 (72,0%) prvih pregleda, dok je kontrolna grupa obavila 13.054 (28,0%). Ukupno je obavljeno 18.048 kontrolnih pregleda u obje ispitivane skupine timova obiteljske medicine. Eksperimentalna grupa je obavila 12.962 (71,8%) kontrolnih pregleda za pacijente sa najmanje jednim rizikom, dok je kontrolna grupa obavila 5.086 (28,2%) kontrolnih pregleda. Broj kućnih posjeta koje je obavila eksperimentalna grupa iznosi 5.307 (82,2%), dok je kontrolna grupa obavila 1.152 (17,8%) kućnih posjeta. Od ukupnog broja

radionica sa malom grupom (882) eksperimentalna grupa je održala 745 (84,5%), a kontrolna 137 (15,5%) radionica. Od ukupnog broja radionica sa velikom grupom (308) eksperimentalna grupa je održala 252 (81,8%), dok je kontrolna grupa održala 56 (18,2%) radionica. Broj registriranih pacijenata u eksperimentalnoj skupini iznosi 52.687 (54,0%), a u kontrolnoj 44.855 (46,0%). Dobiveni rezultati jasno ukazuju da je izvedba bila značajno viša u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu promatrano kroz svih pet indikatora izvedbe. Broj registriranih pacijenata se manje razlikuje nego pokazatelji izvedbe zato što je veliki broj pacijenata u kontrolnoj grupi jednostavno prenesen iz baze podataka zavoda zdravstvenog osiguranja.

Tabela 4.1.2.1.: Indikatori izvedbe ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Grupa tima	Eksperimentalna		Kontrolna		UKUPNO
	N	%	N	%	
Indikatori					N
Ispunjen evidencijski obrazac	33584	72,0	13054	28,0	46638
Broj kontrolnih pregleda	12962	71,8	5086	28,2	18048
Aktivni nadzor (kućne posjete)	5307	82,2	1152	17,8	6459
Rad sa malom grupom	745	84,5	137	15,5	882
Rad sa velikom grupom	252	81,8	56	18,2	308
Broj registriranih pacijenata	52687	54,0	44855	46,0	97542

#### **Prosječan broj usluga po timu obiteljske medicine ispitivanih grupa u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja**

Na tabeli broj 4.1.4.1. u poglavlju rezultati prikazan je prosječan broj usluga pruženih kvartalno po indikatorima izvedbe, koji je pružio jedan pilot tim obiteljske medicine iz eksperimentalne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Na tabeli se može vidjeti da je pilot tim eksperimentalne grupe u prosjeku obavio 167,9 prvih pregleda kvartalno. Prosječan broj obavljenih kontrolnih pregleda, u istom periodu, je 64,8 po timu. Pilot tim eksperimentalne grupe prosječno je obavio 26,5 kućnih posjeta. Prosječan broj pruženih usluga zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi iznosi 3,7 odnosno 1,3. Prosječan broj registriranih pacijenata po timu je 974,3. Distribucija broja pruženih usluga po domovima zdravlja upućuje da su najbolji prosječni rezultati u eksperimentalnim grupama postignuti u Zenici, osim u oblasti broja usluga kontrolnih pregleda, kao i rada u velikoj grupi. Ostvareni rezultati projekta u eksperimentalnoj grupi upućuju na zaključak da su naša opredjeljenja u vezi s pragom i opsegom za pojedine indikatore izvedbe na početku projekta bila realna. Dakle, motivirani timovi u značajnom procentu mogu ostvariti postavljene kriterije dobre izvedbe, odnosno izvrsnosti, a to su slijedeći:

- (a) evidentirani faktori rizika i skriningi (135-225 pacijenata kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
- (b) broj kontrolnih pregleda usmjerenih na prisutne faktore rizika (15-24% od otkrivenih faktora rizika kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
- (c) kućne posjete sa promotivno-preventivnim djelokrugom rada (22-45 posjeta kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
- (d) tematski rad sa malom grupom (1-6 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
- (e) predavanja u velikoj grupi (1-2 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10).

Tabela 4.1.4.1.: Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine eksperimentalne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Indikatori	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	76,9	130,9	224,1	225,8	167,9
Broj kontrolnih pregleda	31,7	50,1	91,1	81,3	64,8
Aktivni nadzor (kućne posjete)	12,6	17,0	29,2	45,2	26,5
Rad sa malom grupom	1,4	2,7	5,0	5,4	3,7
Rad sa velikom grupom	0,4	0,7	2,0	1,7	1,3
Broj registriranih pacijenata	250,5	1364,7	1417,7	752,9	974,3

Na tabeli broj 4.1.4.2. u poglavlju rezultati prikazan je prosječan broj usluga po indikatorima izvedbe, koji je pružio jedan pilot tim obiteljske medicine kvartalno iz kontrolne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Na tabeli se može vidjeti da je pilot tim kontrolne grupe u prosjeku obavio 65,3 prvih pregleda kvartalno. Prosječan broj obavljenih kontrolnih pregleda kvartalno je iznosio 25,4 po timu. Pilot tim kontrolne grupe prosječno je obavio 5,8 kućnih posjeta. Prosječan broj pruženih usluga zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi iznosi 0,7 odnosno 0,3. Prosječan broj registriranih pacijenata po timu je 854,4. Distribucija broja pruženih usluga po domovima zdravlja upućuje da su najbolji prosječni rezultati u kontrolnim grupama postignuti u Zenici, osim u oblasti zdravstvenog odgoja (rad u maloj i velikoj grupi). Rezultati rada kontrolne grupe jasno ukazuju da su finansijske motivacije, kreirane kroz nagradno plaćanje, utjecale na razlike u izvedbi između kontrolne i eksperimentalne grupe. Timovi iz kontrolne grupe bili su plaćeni samo za izvještavanje, bez obzira na postignutu izvedbu. Međutim, ako pogledamo razlike u postignutim rezultatima timova kontrolne grupe u četiri doma zdravlja, jasno je da finansijske motivacije nisu jedini motivacijski faktor.

Tabela 4.1.4.2.: Kvartalni prosjek broja usluga po timu obiteljske medicine kontrolne grupe u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Indikatori	Mostar	Sarajevo	Tuzla	Zenica	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	14,3	81,4	48,4	109,2	65,3
Broj kontrolnih pregleda	9,8	25,9	17,2	46,3	25,4
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1,1	3,8	0,7	16,8	5,8
Rad sa malom grupom	0,3	1,0	0,5	0,9	0,7
Rad sa velikom grupom	0,1	0,3	0,6	0,2	0,3
Broj registriranih pacijenata	52,9	1263,8	1465,4	512,3	854,4

### Spolna struktura obrađenih pacijenata u periodu januar-decembar 2013.godine

U poglavlju rezultati (tabela 4.1.6.1.) prikazana je spolna struktura pacijenata koje su obradili pilot timovi obiteljske medicine u periodu januar-decembar 2013.godine. U strukturi ukupnog broja prvih pregleda 37,9% čine osobe muškog spola, dok 62,1% čine osobe ženskog spola. Od ukupnog broja kontrolnih pregleda 34,3% je pruženo muškarcima, a 65,7% ženama. Spolnu strukturu pacijenata u okviru indikatora kućne posjete čine 30,2% muškaraca i 69,8% žena. U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata 42,4% čine osobe muškog spola, dok 57,6% čine osobe ženskog spola. U okviru softverske aplikacije ukupno je registrirano 97.542 osiguranika, gdje na muškarce otpada 41.355 (42,4%), a na žene 56.187 (57,6%). Evidentno je da je preventivno obrađen značajno veći broj žena nego muškaraca, te je i broj ostalih pruženih usluga veći kod žena. Najvjerojatnije postoje faktori koji olakšavaju regrutiranje žena u ovakav program organiziranog masovnog skrininga tokom prve godine. S nastavkom skrininga u drugoj godini bi bilo logično očekivati da bi postotak obrađenih muškaraca rastao kroz vrijeme.

Tabela 4.1.6.1.: Spolna struktura obrađenih pacijenata u periodu januar-decembar 2013.godine

Indikatori	M(N)	M(%)	Ž(N)	Ž(%)	UKUPNO
Ispunjen evidencijski obrazac	17658	37,9	28980	62,1	46638
Broj kontrolnih pregleda	6187	34,3	11861	65,7	18048
Aktivni nadzor (kućne posjete)	1953	30,2	4506	69,8	6459
Rad sa malom grupom	0		0		0
Rad sa velikom grupom	0		0		0
Broj registriranih pacijenata	41355	42,4	56187	57,6	97542

## Dobne skupine obrađenih pacijenata tokom 2013.godine

U poglavlju rezultati (tabela 4.1.7.1.) prikazana je distribucija obrađenih i registriranih pacijenata po dobnim skupinama u periodu januar-decembar 2013.godine. Udio dobnih skupina u ukupnom broju registriranih pacijenata je prikazan u posljednjoj koloni kao apsolutan broj registriranih i kao postotak svake od dobnih skupina u ukupnom broju registriranih. Softverska aplikacija je u stanju generirati izvještaj o dobnjoj strukturi pacijenata kojima su pružene tri vrste usluga, a to su slijedeće: ispunjen evidencijski obrazac (prvi pregled); kontrolni pregled; i kućne posjete. Ukupan broj pruženih usluga u okviru jedne dobne skupine izražen je apsolutnim brojem usluga, te postotkom tih osoba u ukupnom broju registriranih iz iste dobne skupine.

Tabela 4.1.7.1.: Distribucija obrađenih i registriranih pacijenata po dobnim skupinama u periodu januar-decembar 2013.godine

Dobne skupine i obrađeni pacijenti (broj i % od registriranih)		Indikatori					
		Ispunjen evidencijski obrazac	Broj kontrolnih pregleda	Aktivni nadzor (kućne posjete)	Rad sa malom grupom	Rad sa velikom grupom	Broj registriranih pacijenata
15-19	N	1079	78	38	0	0	4246
	%	25,4	1,8	0,9	0,0	0,0	4,4
20-29	N	3755	413	276	0	0	12193
	%	30,8	3,4	2,3	0,0	0,0	12,5
30-39	N	4980	944	325	0	0	13490
	%	36,9	7,0	2,4	0,0	0,0	13,8
40-49	N	6169	1799	250	0	0	13703
	%	45,0	13,1	1,8	0,0	0,0	14,0
50-59	N	10715	4248	643	0	0	19433
	%	55,1	21,9	3,3	0,0	0,0	19,9
60-69	N	9993	4984	1300	0	0	16428
	%	60,8	30,3	7,9	0,0	0,0	16,8
70&vise	N	9947	5582	3627	0	0	18049
	%	55,1	30,9	20,1	0,0	0,0	18,5

Broj prvih pregleda, promatran kroz ukupan broj pruženih usluga, je najveći u dobnjoj skupini od 50-59 godina, te iznosi 10.715. Međutim, taj broj osoba koje su preventivno obrađene iznosio je svega 55,1% od ukupnog broja registriranih u dobnjoj skupini 50-59 godina. Najveći postotak obrađenih pacijenata u odnosu na broj registriranih nalazi se u dobnjoj skupini od 60-69 godina, te iznosi 60,8%.



Ukupan broj kontrolnih pregleda, kao i postotak broja usluga prema broju registriranih u pojedinim dobnim skupinama, kontinuirano raste sa starošću registriranih pacijenata. Tako je najveći broj usluga (5.582) pružen u dobnj skupini od 70 i više godina, a time je obuhvaćeno 30,9% registriranih u toj dobnj skupini.

Iz tabele je vidljivo da i broj kućnih posjeta raste sa starošću. Najveći broj usluga je pružen u dobnj skupini 70 i više godina (3.627), što je obuhvatilo 20,1% registriranih osoba. Potom slijedi dobnj skupina od 60-69 godina, s ukupnim brojem usluga od 1.300 i 7,9% od ukupno registriranih. U dobnj skupini od 50-59 godina pruženo je 643 usluga, što je obuhvatilo 3,3% registriranih.

Za usluge zdravstvenog odgoja tj. rad u maloj i velikoj grupi nije prikazana dobnj struktura pacijenata, obzirom da softverska aplikacija ne predviđa prikaz pacijenata po dobi u okviru ovih indikatora.

U strukturi ukupnog broja registriranih pacijenata najveći procenat čine osobe dobnj skupine od 50-59 godina (19,9%), dok najmanji procenat čine osobe dobnj skupine 15-19 godina (4,4%). Dobnj skupina od 60-69 godina čini 16,8% od ukupnog broja registriranih, za razliku od dobnj skupine od 70 i više godina na koju otpada 18,5% registriranih pacijenata tokom 2013.godine.

Rezultati istraživanja upućuju na činjenicu da se tokom prve godine sprovedbe preventivne obrade kroz organizirani masovni skrining usluge pružaju u značajno većem broju starijim dobnim skupinama. Uzrok favoriziranja starijih dobnih skupina od strane našeg projekta leži u činjenici da je u našoj metodologiji savjetovano da se ne vrši selekcija pacijenata prema dobi i spolu, već da se pregledaju oni koji prvi daju informirani pristanak na ovu vrstu preventivne obrade. Bili smo svjesni činjenice da će informirani pristanak prvo dati najčešći posjetitelji ambulanti, a to su najčešće osobe s nekim hroničnim bolestima, nezdravim stilovima života ili pak osobe s nekom bolešću akutnog karaktera. Ove pacijente liječnici popularno nazivaju "aktivni pacijenti". S javno-zdravstvenog gledišta ovakav pristup može izgledati nepravičan jer favorizira starije osobe. Međutim, selektivan pristup starijim, bolesnijim i osobama s rizicima je pravičan s stajališta objektivnog utilitarizma kao etičke teorije. Radeći na metodologiji našeg projekta, bili smo svjesni da će u prvoj godini biti moguće preventivno obraditi po timu maksimalno oko 800 pacijenata, a da će ostali registrirani pacijenti s manjim rizicima biti preventivno obrađeni u drugoj godini sprovedbe ovog skrininga.

## 5.2. Nagradno plaćanje timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine

Rezultati vezani za nagradna plaćanja pilot timova obiteljske medicine u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine prikazuju distribuciju slijedećih varijabli:

- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za sve pilot timove za period od 12 mjeseci za F BiH, te po kvartalima;
- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za ispitivane skupine (eksperimentalna i kontrolna) pilot timova po kvartalima;
- Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe za ispitivane skupine pilot timova po domovima zdravlja.

### Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine.

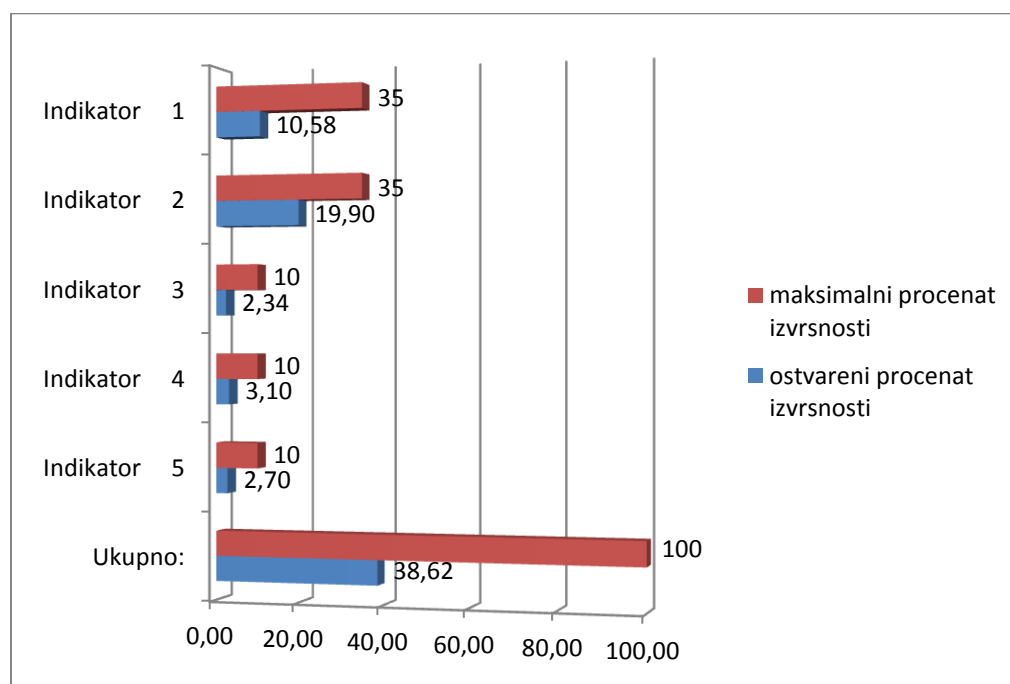
Uvidom u tabelu 4.2.1.1. u poglavlju rezultati vidljivo je da je prosječna vrijednost postignute izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe po jednom timu obiteljske medicine za kvartalni period 2013.godine iznosila je 38,62 boda. Međutim, ako pogledamo prosjek stupnja izvrsnosti po kvartalima, evidentan je porast ukupne prosječne kvartalne izvrsnosti po timu obiteljske medicine posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, a te vrijednosti iznose 22,61; 42,03; 44,04; i 45,81 bodova. Za svih pet indikatora izvrsnosti zapažen je kontinuirani porast vrijednosti u bodovima, posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, osim za indikator 1. Naime, zabilježen je manji broj prvih pregleda tokom trećeg kvartala, a trend je pokazao tek blagi porast tokom četvrtog kvartala.

Tabela 4.2.1.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH na kvartalnom nivou u periodu januar-decembar 2013.godine

Indikator	Prosječne vrijednosti pondera po timu za pojedine indikatore u bodovima	Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima
Indikator 1	10,58	35
Indikator 2	19,90	35
Indikator 3	2,34	10
Indikator 4	3,10	10
Indikator 5	2,70	10
Ukupno:	38,62	100

Na grafikonu broj 4.2.1.1. grafički je prikazana prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine, a u odnosu prema maksimalnim vrijednostima procenta izvrsnosti za dati indikator. Ovdje je neophodno skrenuti pažnju da je procenat izvrsnosti izražen u bodovima jednak vrijednosti u procentima zato što ukupan zbir pondera za svih pet indikatora iznosi 100 bodova. Ovo je jedan od razloga zašto je ukupna vrijednost pondera u bodovima dizajnirana na temelju vrijednosti od 100 bodova. Naš pristup daje mogućnost brzog uvida u postotak ostvarene izvrsnosti, bez preračunavanja bodova u postotke. Najveći stupanj izvrsnosti u ispunjenju prvog i drugog indikatora izvedbe iznosi 35 bodova, dok za preostala tri indikatora taj procenat iznosi 10 po indikatoru. Iz grafikona se može vidjeti da je najveći stupanj izvrsnosti ostvaren za drugi indikator (19,90), zatim slijedi prvi indikator (10,58), potom četvrti i peti indikator (3,10 i 2,70). Najmanji stupanj izvrsnosti ostvaren je za treći indikator (2,34). Prosječne ukupne vrijednosti pondera po timu kvartalno iznose 38,62 boda.

Grafikon 4.2.1.1.: Prosjek izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine na kvartalnom nivou (izražen u bodovima ili procentima)



### Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po kvartalima

Na tabeli 4.2.2.1. u poglavlju rezultati prikazan je stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH u period januar-decembar 2013.godine po kvartalima. Evidentan je porast ukupne prosječne kvartalne izvrsnosti po timu obiteljske medicine posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, a te vrijednosti iznose 22,61; 42,03; 44,04; i 45,81 bod. Za svih pet indikatora izvrsnosti zapažen je kontinuirani porast vrijednosti u

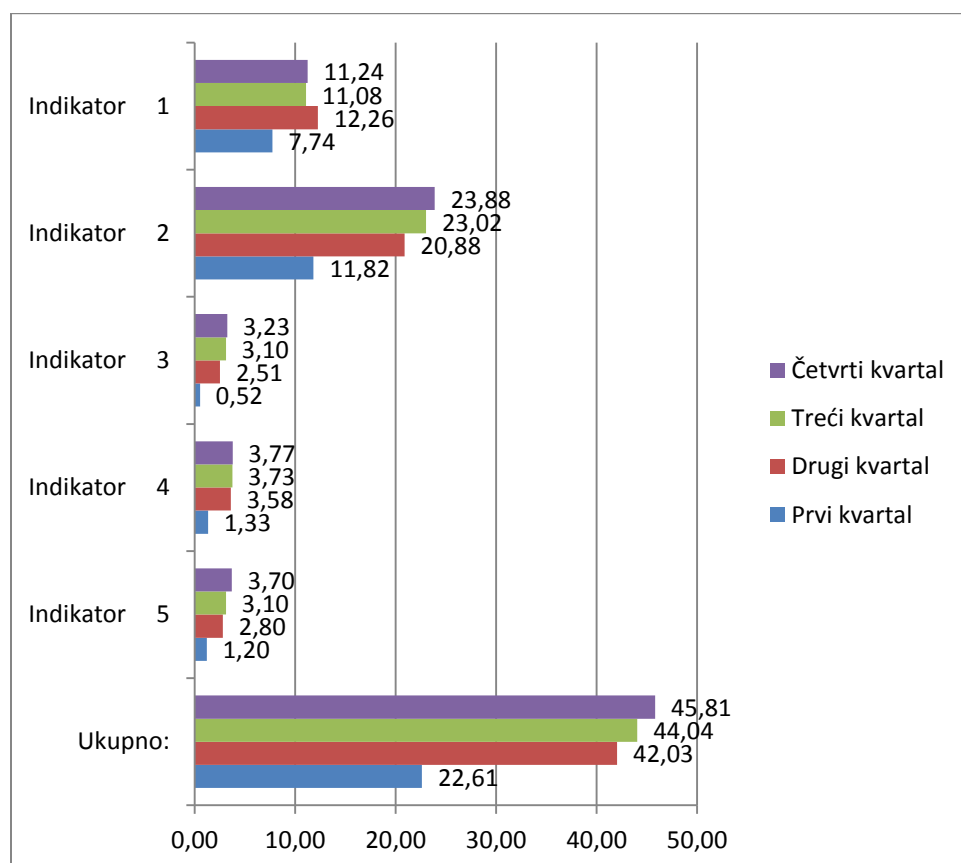
bodovima posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, osim za indikator 1. Naime, zabilježen je manji broj prvih pregleda tokom trećeg kvartala, a trend je pokazao tek blagi porast tokom četvrtog kvartala.

Tabela 4.2.2.1.: Prosječna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima

<b>Indikatori izvrsnosti</b>	<b>Prvi kvartal</b>	<b>Drugi kvartal</b>	<b>Treći kvartal</b>	<b>Četvrti kvartal</b>	<b>Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima</b>
Indikator 1	7,74	12,26	11,08	11,24	35
Indikator 2	11,82	20,88	23,02	23,88	35
Indikator 3	0,52	2,51	3,10	3,23	10
Indikator 4	1,33	3,58	3,73	3,77	10
Indikator 5	1,20	2,80	3,10	3,70	10
Ukupno:	22,61	42,03	44,04	45,81	100

Na grafikonu broj 4.2.2.1. prikazan je prosječan stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe timova obiteljske medicine u F BiH u period januar-decembar 2013.godine po kvartalima izražen u bodovima. Evidentan je porast ukupne prosječne kvartalne izvrsnosti po timu obiteljske medicine posmatrano od prvog do četvrtog kvartala, što je prikazano numerički na prethodnoj tabeli (4.2.2.1.).

Grafikon 4.2.2.1.: Prosječna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe pilot timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima



### Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Rezultati ispitivanja prosječne kvartalne izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih skupina timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine ukazuju na značajne razlike u dostignutom stupnju izvrsnosti ispitivanih grupa pilot timova obiteljske medicine. Eksperimentalna skupina pilot timova obiteljske medicine ostvarila je veći ukupan stupanj izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe u odnosu na kontrolnu skupinu, te je ostvarila prosječan broj bodova u iznosu od 56,62 u odnosu na vrijednosti u kontrolnoj skupini od 20,62 boda. Ako pogledamo dostignute vrijednosti izvrsnosti za pojedine indikatore izvedbe, moguće je zapaziti da su vrijednosti u eksperimentalnoj grupi značajno više u odnosu na kontrolnu grupu.

Tabela 4.2.3.1.: Prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena u bodovima

<b>Indikatori izvrsnosti</b>	<b>Eksperimentalna grupa (bodovi)</b>	<b>Kontrolna grupa (bodovi)</b>
Indikator 1	18,98	2,17
Indikator 2	23,86	15,94
Indikator 3	4,13	0,54
Indikator 4	5,12	1,08
Indikator 5	4,53	0,88
<b>Ukupno:</b>	<b>56,62</b>	<b>20,62</b>

Na tabeli broj 4.2.3.2. prikazana je prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore. Od maksimalnog broja bodova (35), koji pilot timovi mogu ostvariti za prvi indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 54,24%, dok je kontrolna grupa ostvarila 6,21%. Od maksimalnog broja bodova, koji pilot timovi mogu ostvariti za drugi indikator (35), eksperimentalna skupina ostvarila je 68,17%, dok je kontrolna grupa ostvarila 45,56%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za treći indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 41,33%, dok je kontrolna grupa ostvarila 5,43%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za četvrti indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 51,25%, dok je kontrolna grupa ostvarila 10,83%. Od maksimalnog broja bodova (10), koji pilot timovi mogu ostvariti za peti indikator, eksperimentalna skupina ostvarila je 45,25%, dok je kontrolna grupa ostvarila 8,75%. Ako zbrojimo ostvarene bodove kroz pojedine indikatore izvedbe, dobijemo ukupan broj bodova koji predstavlja kvartalnu izvrsnost u preventivno-promotivnom radu. Taj ukupan broj bodova za pojedini kvartal istovremeno predstavlja i postotak opsega izvrsnosti za sve indikatore, što za eksperimentalnu grupu iznosi 56,62%, a za kontrolnu 20,62%. Međutim, postotak ispunjenosti pojedinih indikatora izvrsnosti se numerički ne poklapa s brojem bodova za svaki od indikatora, jer pridruženi postotci predstavljaju udjel broja usluga u okviru svakog opsega izvrsnosti za pojedine indikatore izvedbe.

Tabela 4.2.3.2.: Prosječna kvartalna izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine izražena kao postotak opsega izvrsnosti za pojedine indikatore

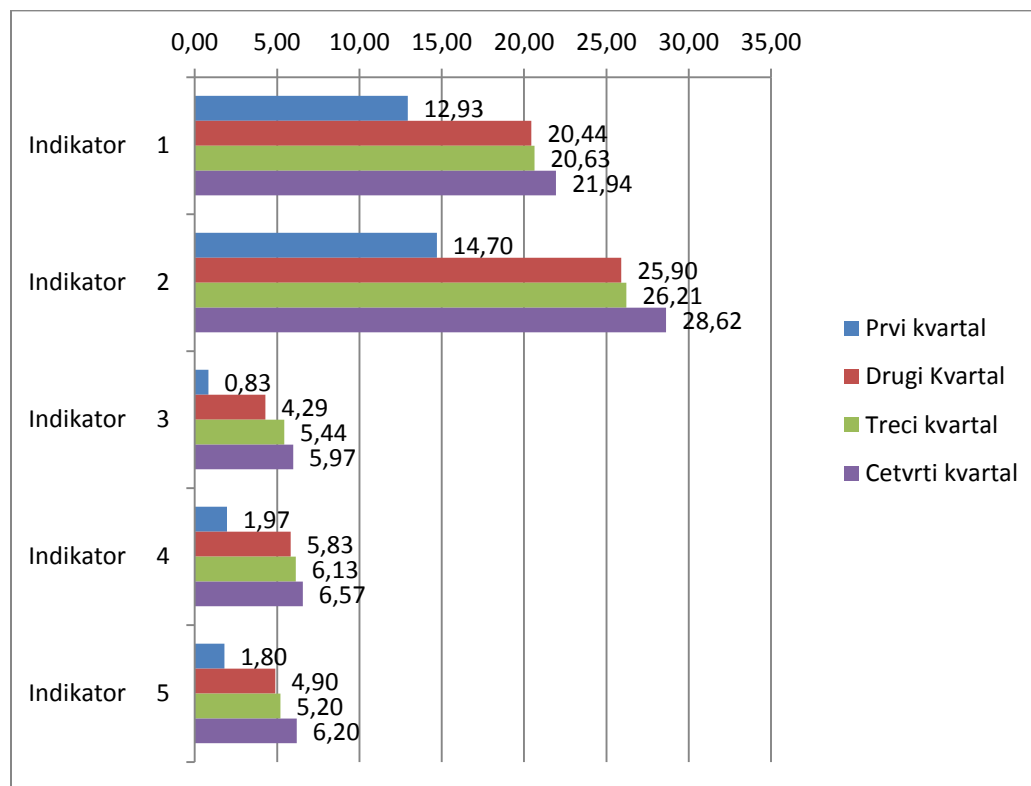
Indikatori izvrsnosti	Eksperimentalna grupa (bodovi)	% opsega izvrsnosti	Kontrolna grupa (bodovi)	% opsega izvrsnosti	Maksimalne vrijednosti pondera za pojedine indikatore u bodovima
Indikator 1	18,98	54,24	2,17	6,21	35
Indikator 2	23,86	68,17	15,94	45,56	35
Indikator 3	4,13	41,33	0,54	5,43	10
Indikator 4	5,12	51,25	1,08	10,83	10
Indikator 5	4,53	45,25	0,88	8,75	10
Ukupno:	56,62	56,62	20,62	20,62	100

#### **Izvrnsnost u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po kvartalima**

Analiza izvrsnosti u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine jasno ukazuje da je prosječna ukupna kvartalna izvrsnost viša u eksperimentalnoj u odnosu na kontrolnu grupu kroz sve kvartale. Također je stupanj izvrsnosti svakog od indikatora izvedbe viši u eksperimentalnoj u odnosu na kontrolnu skupinu. Stupanj izvrsnosti svakog od indikatora ponaosob raste po kvartalima u eksperimentalnoj skupini, dok kontrolna skupina pokazuje izvjesnu stagnaciju u nekim indikatorima tokom trećeg i četvrtog kvartala. To se jasnije može vidjeti na dva grafikona koja slijede.

Na grafikonu broj 4.2.4.1. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima. Na grafikonu se jasno može vidjeti kontinuirani trend porasta izvrsnosti u svakom od pet indikatora izvedbe od prvog do četvrtog kvartala 2013.godine.

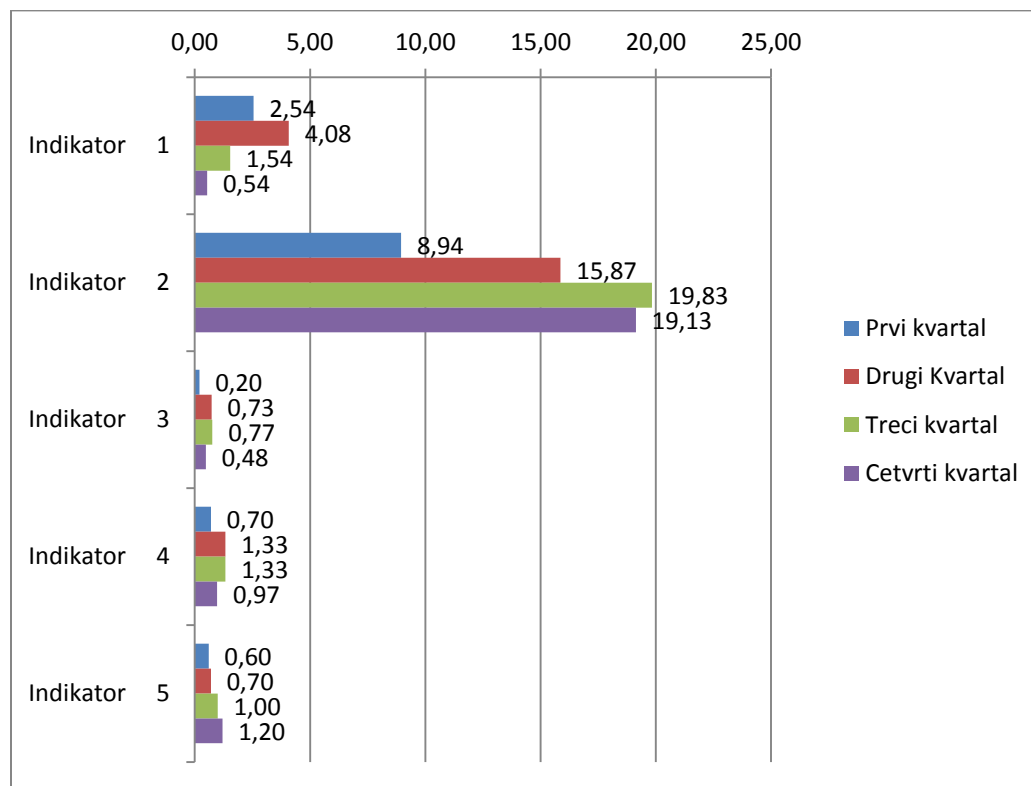
Grafikon 4.2.4.1.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima



Na grafikonu broj 4.2.4.2. prikazana je izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe kontrolne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima. Na grafikonu se jasno može vidjeti kontinuirani trend porasta izvrsnosti od prvog do četvrtog kvartala 2013.godine samo za indikator 5. Ostali indikatori pokazuju trend porasta izvrsnosti od prvog do drugog ili trećeg kvartala, a potom stagnaciju u četvrtom ili trećem kvartalu. Ovakvi trendovi ukazuju na relativno brz pad motivacije kod timova kontrolne grupe, najvjerojatnije uslijed nedostatka nagradnog plaćanja.



Grafikon 4.2.4.2.: Izvrsnost u ispunjenju indikatora izvedbe kontrolne grupe timova obiteljske medicine u FBiH po kvartalima 2013.godine izražena u bodovima



### Ostvareni ukupni broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Na tabeli broj 4.2.6.1. u poglavlju rezultati prikazane su vrijednosti prosječno ostvarenih bodova po timu u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova obiteljske medicine u FBiH tokom 2013.godine po domovima zdravlja. U tabeli se može vidjeti da je eksperimentalna grupa Doma zdravlja Mostar ostvarila ukupan broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe od 26,89, dok je kontrolna skupina ostvarila 8,22 boda. Eksperimentalna grupa Doma zdravlja Sarajevo ostvarila je ukupan broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe od 43,50, dok je kontrolna skupina ostvarila 25,90 bodova. U Domu zdravlja Tuzla eksperimentalna grupa ostvarila je ukupno 78,30 bodova, dok je kontrolna ostvarila 16,84 boda. U Domu zdravlja Zenica eksperimentalna grupa ostvarila je ukupno 73,22 bodova, dok je kontrolna ostvarila 29,61 bodova.

Dijeljenjem prosječno ostvarenog broja bodova u eksperimentalnoj grupi s vrijednostima u kontrolnoj grupi dobili smo omjer bodova između eksperimentalne i kontrolne grupe pojedinih domova zdravlja. U tabeli se može vidjeti da je najveći omjer između ukupnog broja ostvarenih bodova eksperimentalne i kontrolne skupine Doma zdravlja Tuzla (4,65), potom između ispitivanih skupina Doma zdravlja Mostar (3,27) i Doma zdravlja Zenica (2,47). Najmanji omjer bodova ostvaren je u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova

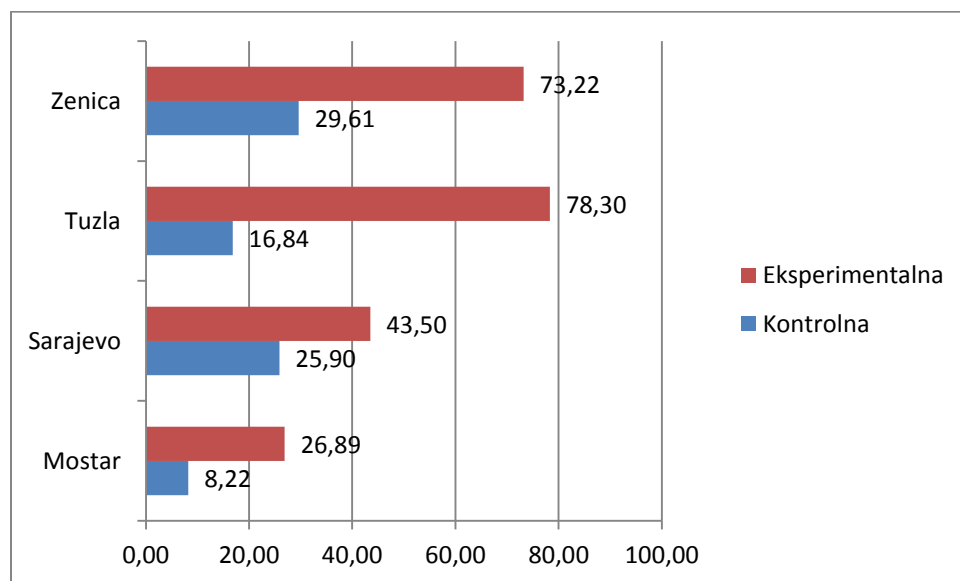
obiteljske medicine Doma zdravlja Sarajevo (1,68). Više vrijednosti pomenutog omjera ukazuju na veće razlike u izvedbama eksperimentalne i kontrolne grupe, što vjerojatno može značiti veći utjecaj nagradnog plaćanja na izvrsnost izvedbe u tim domovima zdravlja.

Tabela 4.2.6.1.: Omjer prosječno ostvarenih bodova po timu u ispunjenju svih indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Domovi zdravlja	Eksperimentalna skupina	Kontrolna skupina	Omjer bodova E/K
Mostar	26,89	8,22	3,27
Sarajevo	43,50	25,90	1,68
Tuzla	78,30	16,84	4,65
Zenica	73,22	29,61	2,47

Na grafikonu broj 4.2.6.1. prikazan je prosječan broj bodova po timu kvartalno u ispunjenju indikatora izvedbe eksperimentalne i kontrolne skupine timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja. Iz grafikona se mogu vidjeti razlike u dostignutom ukupnom broju bodova u ispunjenju indikatora izvedbe po domovima zdravlja. Eksperimentalne skupine u svim domovima zdravlja ostvarile su veći broj bodova u ispunjenju indikatora izvedbe u odnosu na kontrolne skupine. Međutim, evidentan je različit omjer između izvedbe dvije ispitivane skupine promatrano po domovima zdravlja.

Grafikon 4.2.6.1.: Ostvareni prosječan broj bodova po timu kvartalno u ispunjenju indikatora izvedbe ispitivanih grupa timova obiteljske medicine u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja



### 5.3. Prevalenca rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu 2013.godine

Distribucija prevalencije rizika za masovne hronične nezarazne bolesti kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine prikazana je u odnosu na slijedeće varijable, kao što slijedi:

- Prevalenca rizika na ukupan broj pregledanih pacijenata;
- Prevalenca rizika po domovima zdravlja;
- Prevalenca rizika po spolnoj strukturi pacijenata;
- Prevalenca rizika po dobnoj strukturi pacijenata.

Pomenute korelacije prevalencije rizika su prikazane samo za godišnji period, bez distribucije po kvartalima, uslijed relevantnosti dobivenih rezultata.

#### Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu 2013.godine

Na tabeli broj 4.3.1.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je za dislipidemiju (90,3%) i fizičku neaktivnost (39,8%). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 19,2 %, odnosno 21,6%. Prevalenca pušenja kod ispitivanih pacijenata iznosila je 28,4 %. Prevalenca gojaznosti kao zdravstvenog rizika (ITM > 30) iznosila je 25,5 %.

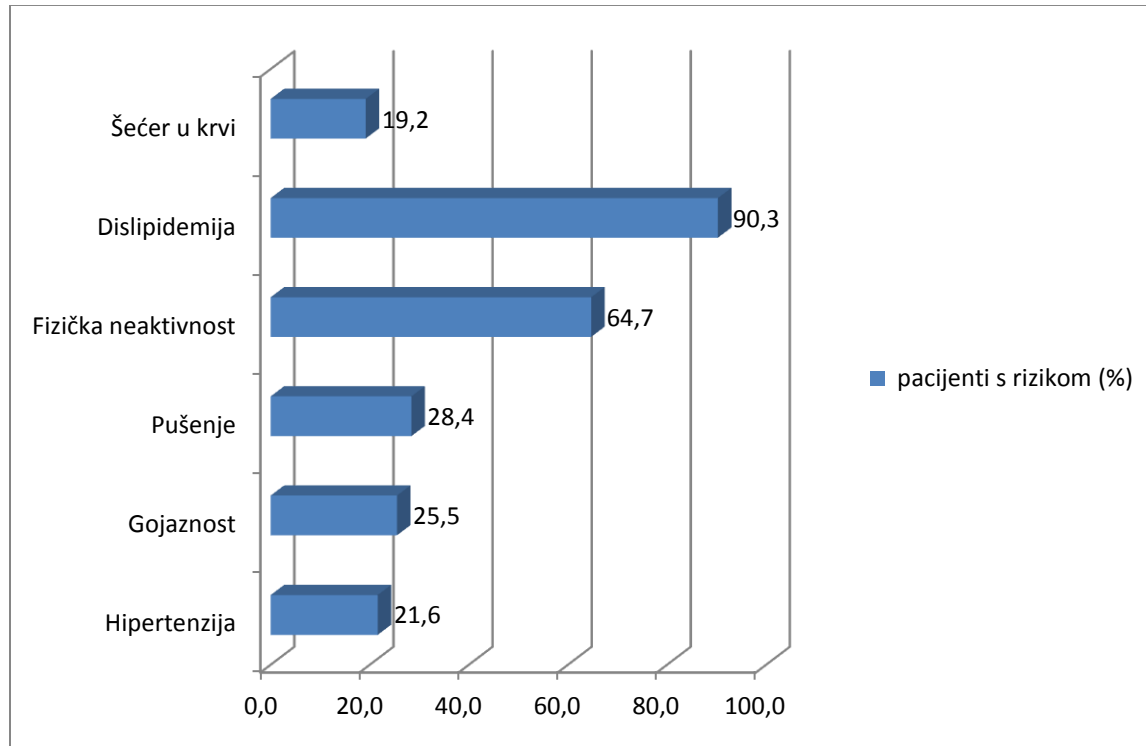
Tabela 4.3.1.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u FBiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Broj obrađenih pacijenata (N)	Broj pacijenata s rizikom (N)	Pacijenti s rizikom (% od obrađenih)
Hipertenzija	38006	8211	21,6 %
Gojaznost	29865	7619	25,5 %
Pušenje	32030	9102	28,4 %
Fizička neaktivnost	30908	19995	64,7 %
Dislipidemija	19298	17421	90,3 %
Šećer u krvi	11983	2300	19,2 %

Najnoviji podaci istraživanja zdravstvenog stanja stanovništva u F BiH (Zavod za javno zdravstvo F BiH, 2013) su od interesa za raspravu u ovoj studiji, iako treba imati u vidu da su rezultati istraživanja dobiveni na uzorku populacije u naseljima / domaćinstvima. Postotak ispitanika kojima je liječnik dijagnosticirao hipertenziju tokom posljednjih 12 mjeseci iznosio je 21,3% od ukupno uključenih osoba u istraživanju, a od toga je na žene otpadalo 22,5%, a na muškarce 20,1%. Međutim, postotak ispitanika s potencijalnom hipertenzijom (sistolni tlak > 140, dijastolni tlak > 90 mmHg) i / ili koji uzimaju antihipertenzivnu terapiju, iznosio je 42,1%, od čega je na žene otpadalo 38,9%, a na muškarce 45,3%. Postotak ispitanika s vrijednostima indeksa tjelesne mase većim od 30 prosječno je iznosio 21,2%. Postotak svakodnevnih pušača iznosio je 44,1%, od čega je na žene otpadalo 31,6%, a na muškarce 56,3%. Postotak ispitanika koji su fizički aktivni bar 30 minuta, tako da se zadišu i oznoje najmanje 2-3 puta sedmično, iznosio je 24,6%, s tim što je na žene otpadalo 20,3%, a na muškarce 28,7 %. Postotak ispitanika sa vrijednostima triglicerida, istim ili višim od 1,7 mmol/l, iznosio je 21,2%. Postotak ispitanika s vrijednostima holesterola, istim ili višim od 5 mmol/l, iznosio je 44,4%. Postotak ispitanika s vrijednostima šećera u krvi, jednakim ili višim od 6,1 mmol/l, iznosio je 21,7%. Važno je uočiti da su neki od pomenutih podataka dobiveni anketnim upitnikom, a neki objektivnim mjerenjem. Interesantna je diskrepanca između broja osoba koje su izjavile da je njihov liječnik dijagnosticirao hipertenziju (21,3%) i osoba koje su imale povišene vrijednosti tlaka prilikom mjerenja (42,1%). Takva diskrepanca reflektira razlike u učestalosti potreba i zahtjeva za zdravstvenom zaštitom. Svaka komparacija rezultata našeg projekta s rezultatima istraživanja Zavoda nije relevantna, jer se radi o dvije različite populacije. Ispitivani uzorak u našem istraživanju čine pacijenti ambulanti obiteljske medicine, od kojih najveći broj često posjećuje liječnika zbog hroničnih bolesti. Ispitivani uzorak u istraživanju Zavoda su činili stanovnici u zajednici / naselju, među kojima se može očekivati relativno veći broj zdravijih ljudi u odnosu na ispitivani uzorak našeg projekta.

Na grafikonu broj 4.3.1.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata našeg projekta u F BiH tokom 2013.godine.

Grafikon 4.3.1.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine



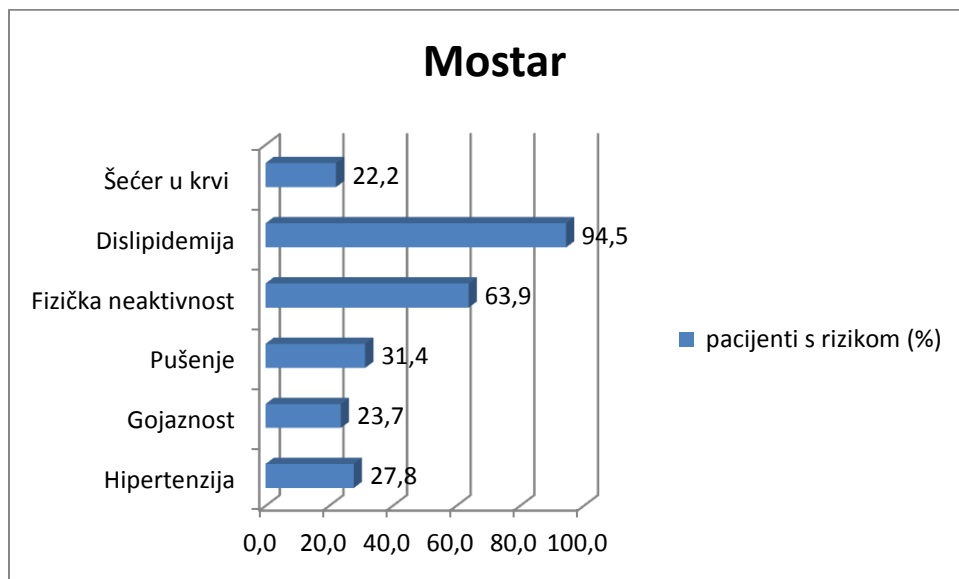
### Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine po domovima zdravlja

Na tabeli broj 4.3.2.1. u poglavlju rezultati prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (94,5%) i fizičke neaktivnosti (63,9 %). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i gojaznost s vrijednostima od 22,2 %, odnosno 23,7%. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 31,4% , a prevalenca hipertenzije je 27,8%. Na grafikonu broj 4.3.2.1. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima u pomenutoj tabeli.

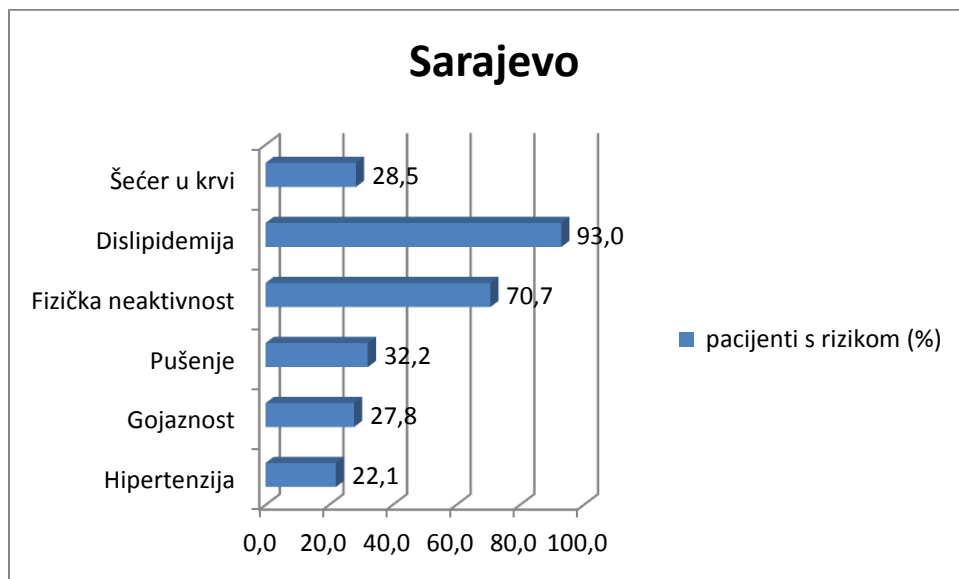
Na tabeli broj 4.3.2.2. u poglavlju rezultati prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (93,0%) i fizičke neaktivnosti (70,7 %). Najmanja učestalost je otkrivena za hipertenziju i gojaznost s vrijednostima od 22,1 %, odnosno 27,8%. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 32,2% , a prevalenca povišenih vrijednosti šećera u krvi je 28,5%. Na grafikonu broj 4.3.2.2. prikazana je distribucija prevalencije

rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima iz prethodne tabele.

Grafikon 4.3.2.1.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Mostar u periodu januar-decembar 2013.godine



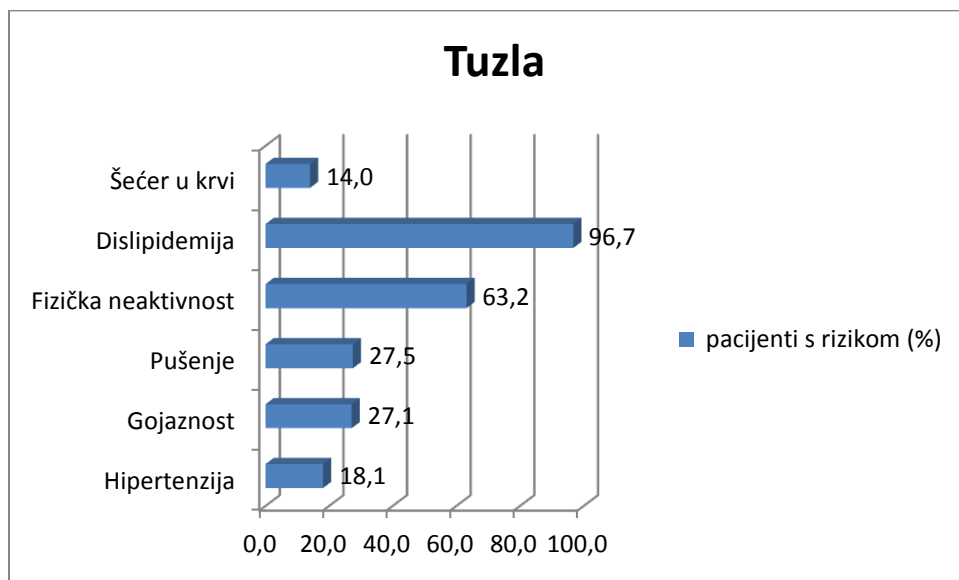
Grafikon 4.3.2.2.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Sarajevo u periodu januar-decembar 2013.godine



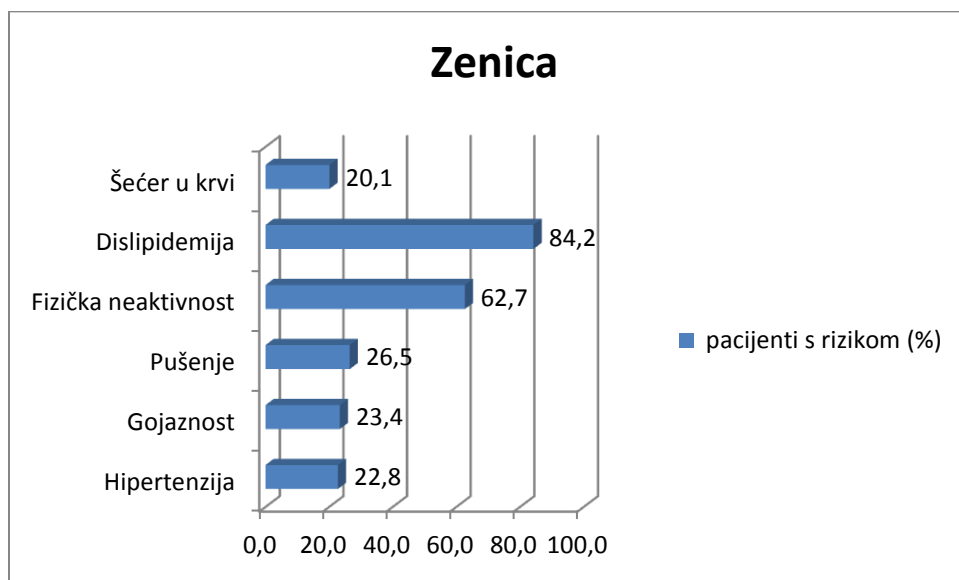
Na tabeli broj 4.3.2.3. u poglavlju rezultati prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (96,7%) i fizičke neaktivnosti (63,2 %). Najmanja učestalost

je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 14,0 %, odnosno 18,1 %. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 27,5%. Prevalenca gojaznosti je bila 27,1 %. Na grafikonu 4.3.2.3. prikazana je distribucija prevalence rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima na prethodnoj tabeli.

Grafikon 4.3.2.3.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Tuzla u periodu januar-decembar 2013.godine



Grafikon 4.3.2.4.: Prevalenca rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica u periodu januar-decembar 2013.godine



Na tabeli broj 4.3.2.4. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica tokom 2013.godine. Vodeća učestalost prevalencije rizika zapažena je kod dislipidemije (84,2 %) i fizičke neaktivnosti (62,7 %). Najmanja učestalost je otkrivena za šećer u krvi i hipertenziju s vrijednostima od 20,1 %, odnosno 22,8 %. Prevalenca pušenja među ispitivanim pacijentima je 26,5%. Prevalenca gojaznosti je bila 23,4 %. Na grafikonu broj 4.3.2.4. prikazana je distribucija prevalencije rizika kod ispitivanih pacijenata u Domu zdravlja Zenica tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima u prethodnoj tabeli.

**Statistička značajnost razlike prevalencije rizika između gradova u FBiH.** Za testiranje razlika prevalencije rizika korišten je “Studentov-t test” u SPSS programskom paketu. Budući da je veliki broj pacijenata bio uključen u istraživanje, t-test ima tendenciju da i male razlike u postotcima proglašava statistički značajnim. Zbog toga, najveći broj razlika u prevalenciji pojedinih rizika je pokazao postojanje statistički značajnih razlika. U tabeli koja slijedi prikazano je postojanje statistički značajnih razlika između prevalencije rizika u pojedinim gradovima na razini povjerenja od  $p < 0.05$ .

Tabela 4.3.2.5.: Distribucija rizika po gradovima od najveće učestalosti ka najmanjoj s oznakom statističke značajnosti razlike (\*)

Rizik	Distribucija rizika od najveće učestalosti ka najmanjoj po gradovima s oznakom statističke značajnosti razlike (*)			
Hipertenzija	Mostar (27,8%) >*	Zenica (22,8%) >	Sarajevo (22,1%) >*	>* Tuzla (18,1%)
Gojaznost	Sarajevo (27,8%) >*	Tuzla (27,1%) >*	Mostar (23,7%) >	>Zenica (23,4%)
Pušenje	Sarajevo (32,2%) >	Mostar (31,4%) > *	Tuzla (27,5%) >	>Zenica (26,5%)
Fizička neaktivnost	Sarajevo (70,7%) > *	Mostar (63,9%) >	Tuzla (63,2%) >	>Zenica (62,7%)
Dislipidemija	Tuzla (96,7%) > *	Mostar (94,5%) > *	Sarajevo (93,0%) >*	>Zenica (84,2%)
Šećer u krvi	Sarajevo (28,5%) >*	Mostar (22,2%) >	Zenica (20,1%) >*	>*Tuzla (14,0%)

\*postoji statistički značajna razlika na razini povjerenja od  $p < 0,05$

Tabela 4.3.2.6.: Razlike u prevalenciji rizika između gradova bez statističke značajnosti razlike na razini povjerenja  $p < 0,05$

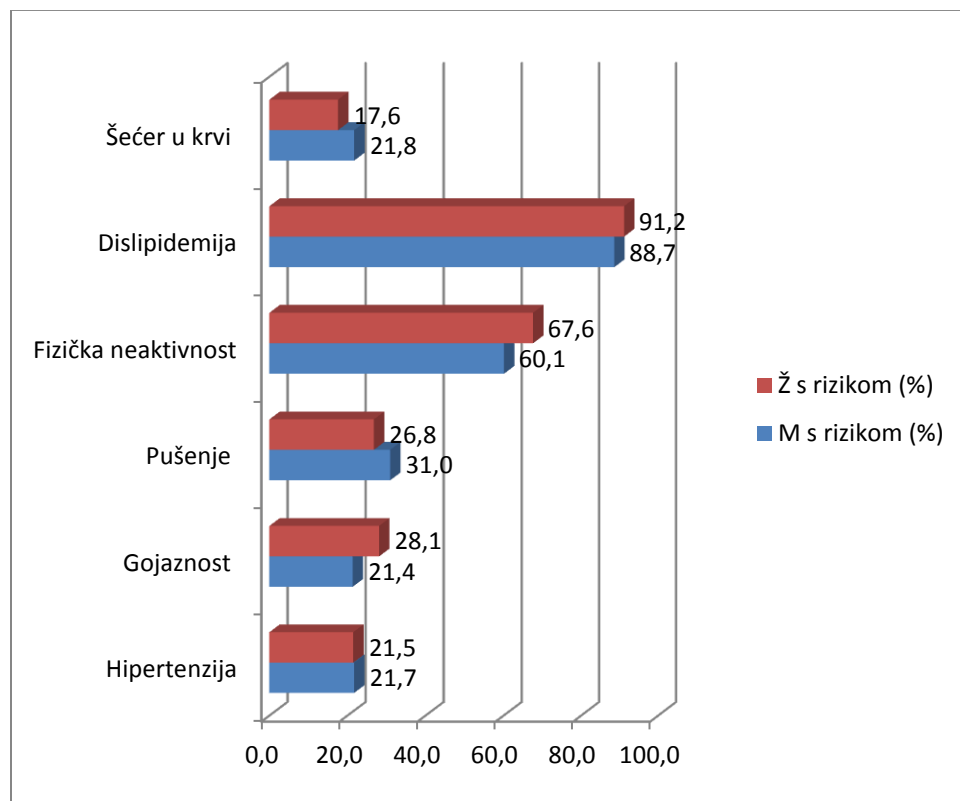
Rizik	Razlike u prevalenciji rizika između gradova bez statističke značajnosti razlike na razini povjerenja $p < 0,05$		
Hipertenzija	Sarajevo -Zenica	/	/
Gojaznost	Mostar -Zenica	Sarajevo -Tuzla	/
Pušenje	Mostar - Sarajevo	Tuzla - Zenica	/
Fizička neaktivnost	Mostar - Tuzla	Mostar - Zenica	Tuzla - Zenica
Dislipidemija	/	/	/
Šećer	Mostar - Zenica	/	/



### Distribucija učestalosti faktora rizika u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Na tabeli 4.3.3.1. u poglavlju rezultati prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) u odnosu na broj obrađenih pacijenata po spolu u F BiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da učestalost faktora rizika hipertenzija za muškarce iznosi 21,7%, a za žene 21,5%. Učestalost faktora rizika gojaznost za muškarce iznosi 21,4%, a za žene 28,1%. Faktor rizika pušenje evidentira se kod 31,0% muškaraca i 26,8% žena. Fizička neaktivnost je prisutna kod 60,1 % muškaraca i 67,6% žena. Učestalost faktora rizika dislipidemija iznosi 88,7% za muškarce i 91,2% za žene. Povišene vrijednosti šećera u krvi prisutne su kod 21,8% muškaraca i 17,6% žena. Na grafikonu broj 4.3.3.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika izražena u postotcima po spolu u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH tokom 2013.godine, a vrijednosti koreliraju s onima iz pomenute tabele.

Grafikon 4.3.3.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po spolu u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine



### Distribucija učestalosti faktora rizika u odnosu na broj obrađenih pacijenata po dobnim skupinama u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

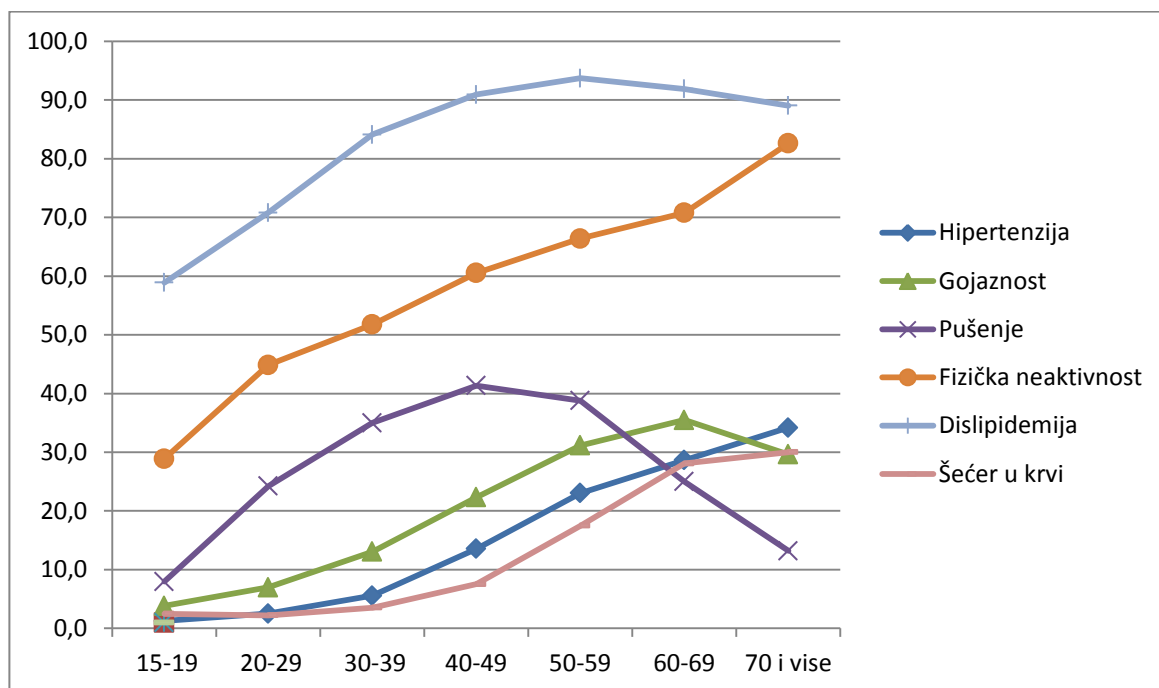
Na tabeli broj 4.3.4.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u svakoj pojedinoj dobnj skupini u FBiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da se najveća učestalost faktora rizika hipertenzija nalazi u dobnj skupini pacijenata od 70 i više godina (34,2%). Gojaznost je najučestalija u dobnj skupini 60-69 godina sa 35,5 %. Najveća učestalost faktora rizika pušenja evidentira se u dobnj skupini pacijenata od 40-49 godina (41,3%). Fizička neaktivnost je najučestaliji faktor rizika u dobnj skupini od 50-59 godina (42,2 %). Dislipidemija je najučestaliji faktor rizika u dobnj skupini od 50-59 godina (93,7%). Najveća učestalost povišenih vrijednosti šećera u krvi evidentira se u dobnj skupini od 70 i više godina (30,0 %).

Tabela 4.3.4.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u periodu januar-decembar 2013.godine

Faktor rizika	Dobne skupine obrađenih pacijenata i učestalost rizika u % u okviru dobne skupine						
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 i više
Hipertenzija	1,3	2,5	5,6	13,6	23,0	28,6	34,2
Gojaznost	3,8	7,0	13,1	22,3	31,2	35,5	29,6
Pušenje	8,0	24,2	35,0	41,3	38,8	25,0	13,2
Fizička neaktivnost	28,9	44,9	51,7	60,5	66,4	70,8	82,6
Dislipidemija	58,9	70,8	84,1	90,9	93,7	91,9	89,0
Šećer u krvi	2,5	2,2	3,5	7,5	17,5	28,1	30,0

Na grafikonu broj 4.3.4.1. prikazana je distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata po dobnim skupinama u F BiH tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima iz prethodne tabele. Interesantno je primijetiti da učestalost gotovo svih rizika, osim pušenja, raste sa starošću pacijenata / dobnim skupinama. Distribucija učestalosti pušenja liči na Gausovu krivu, s najvećom prevalencijom u petom desetljeću života.

Grafikon 4.3.4.1.: Distribucija učestalosti faktora rizika (%) po dobnim skupinama u odnosu na broj obrađenih pacijenata u F BiH u tokom 2013.godine



### Dobna struktura pacijenata s faktorima rizika u FBiH tokom 2013.godine

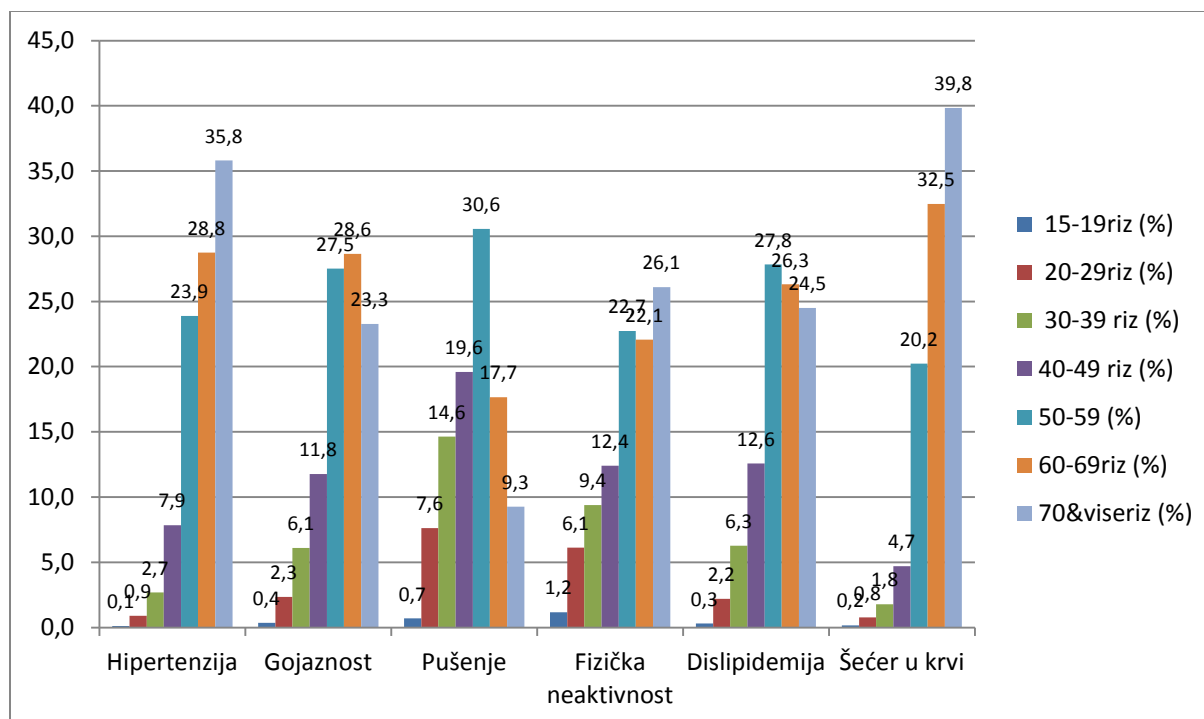
Na tabeli broj 4.3.5.1. prikazana je distribucija pacijenata s rizicima po dobnj strukturi u F BiH tokom 2013.godine. Na tabeli se vidi da se od ukupnog broja pacijenata sa otkrivenim faktorom rizika hipertenzija najveći procenat pacijenata nalazi u dobnj skupini 70 i više godina (35,8%). Od ukupnog broja pacijenata sa faktorom rizika gojaznost najveći procenat pacijenata nalazi se u dobnj skupini od 60-69 godina (28,6%). U strukturi pacijenata sa prisutnim faktorom rizika pušenje najzastupljeniji su pacijenti dobnj skupine 50-59 (30,6%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika fizička neaktivnost najzastupljeniji su pacijenti dobnj skupine 50-59 godina (23,6%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika dislipidemija najzastupljeniji su pacijenti dobnj skupine 50-59 godina (27,8%). U strukturi pacijenata sa faktorom rizika povišene vrijednosti šećera u krvi najzastupljeniji su pacijenti dobnj skupine 70 i više godina (39,8 %).

Tabela 4.3.5.1.: Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u FBiH tokom 2013.godine

Faktor rizika	Dobne skupine pacijenata s rizikom i distribucija učestalosti rizika u % po dobnim skupinama							
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 i više	Ukupno %
Hipertenzija	0,1	0,9	2,7	7,9	23,9	28,8	35,8	100,0
Gojaznost	0,4	2,3	6,1	11,8	27,5	28,6	23,3	100,0
Pušenje	0,7	7,6	14,6	19,6	30,6	17,7	9,3	100,0
Fizička neaktivnost	1,2	6,1	9,4	12,4	22,7	22,1	26,1	100,0
Dislipidemija	0,3	2,2	6,3	12,6	27,8	26,3	24,5	100,0
Šećer u krvi	0,2	0,8	1,8	4,7	20,2	32,5	39,8	100,0

Na grafikonu 4.3.5.1. prikazana je distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u F BiH tokom 2013.godine, što korelira s vrijednostima datim u prethodnoj tabeli. Interesantno je uočiti da učestalost nekih rizika kontinuirano raste sa starošću čovjeka po dobnim skupinama, kao što su hipertenzija i šećer u krvi. S druge strane, učestalost nekih rizika raste sa starošću do neke dobne skupine, a potom počne padati, kao što su npr. slijedeći: pušenje, dislipidemija i gojaznost.

Grafikon 4.3.5.1.: Distribucija pacijenata s rizicima po dobnoj strukturi u FBiH tokom 2013.godine



#### 5.4. Monitoring i evaluacija rezultata preventivno-promotivnog rada

Evaluacija općenito predstavlja sistematično prikupljanje, analizu i prikaz informacija koje pomažu u donošenju odluka i smatra se značajnim segmentom intervencija promocije zdravlja. Evaluacija služi poboljšavanju planiranja i sprovođenja programa promocije zdravlja, kao i procjeni je li program rezultirao promjenom, odnosno jesu li ostvareni kratkoročni i dugoročni ciljevi. U savremenom konceptu promocije zdravlja uobičajeno je primijeniti tri vrste evaluacije: (1) evaluacija modela; (2) evaluacija procesa; i (3) evaluacija ishoda.

**Evaluacija modela** predstavlja tip evaluacije koji se sprovodi kod programa koji se implementiraju prvi put. Ovim tipom procjenjujemo proces planiranja programa, pomaže da se program temelji na potrebama ključnih partnera i sudionika, te da se koriste učinkoviti i odgovarajući materijali i postupci. Osnovne komponente evaluacije modela predstavljaju: procjena potreba, podaci o korištenju usluga, pretraga, liste čekanja, dostupnost usluga, prethodno testiranje materijala, testiranje razumljivosti i čitljivosti materijala, testiranje uočavanja glavnih poruka i analiza auditorija.

**Evaluacija procesa** predstavlja oblik evaluacije koji se sprovodi kod programa koji su već implementirani (tijekom prve dvije godine) radi procjene postupka i snage resursa uključenih u implementaciju programa, s ciljem definiranja odgovora na pitanja koje su usluge pružene i kome. Komponente evaluacije procesa predstavljaju podaci o broju osoba i obilježjima populacije zahvaćene programom, broju i vrsti aktivnosti / usluga koje su sprovedene, te kvaliteti pruženih usluga sa procjenom zadovoljstva svih sudionika procesa.

**Evaluacija ishoda** predstavlja oblik evaluacije koji se sprovodi kod programa koji traju duže vrijeme ili su završeni, procjenjuje se utjecaj programa u odnosu na početna očekivanja, te prati ostvarenje programskih ciljeva. Komponente evaluacije ishoda predstavljaju podaci o promjenama o svjesnosti zdravstvenih djelatnika i stanovništva o težini problema, promjene u znanju, ponašanju i navikama stanovništva, promjene u zdravstvenoj politici, promjene u društvenoj i fizičkoj okolini, promjene u zdravstvenom stanju stanovništva osobito sa aspekta promjena u stopi morbiditeta / mortaliteta i relevantne ekonomske analize troškova i koristi.

Obzirom na dužinu ovog projektnog zadatka, moguće je uraditi evaluaciju modela i procesa, dok je utjecaj na zdravstvene ishode teže registrirati. Međutim, koristeći mogućnosti softverske aplikacije nadati se je da će biti moguće komparirati djelotvornost preventivnih usluga u smislu smanjene prevalencije rizika ili njihove ozbiljnosti u skladu sa kategorizacijom rizika. Također, incidencija otkrivenih faktora rizika, kao i rano otkrivanje nekih bolesti, mogu ukazivati na pozitivne trendove kretanja varijabli u procesu nadzora nad dinamičkim sistemom zdravlja i bolesti. Projekt je djelovao na svijest donosilaca odluka u politici zdravstvene zaštite, prije svega u Zenici i Mostaru. Zavod zdravstvenog osiguranja u Zenici, zajedno s Ministarstvom zdravstva i Zavodom za javno zdravstvo, su odlučili alocirati novac za nagradna plaćanja timova obiteljske medicine u Domu zdravlja Zenica za 2014.godinu, te tako produžiti projektne aktivnosti i učiniti ih redovnim poslom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zavod zdravstvenog osiguranja u Mostaru je razradio metodologiju plaćanja timova obiteljske medicine metodom glavarine za 2014.godinu, a nagradno plaćanje za preventivni rad se planira uvesti u 2015.godini. Kantonalna Vlada u Mostaru je odobrila pomenute reformske promjene, a sada se radi na potpisivanju pojedinačnih ugovora s timovima obiteljske medicine.

Brojne elaboracije u ovom izvještaju se bave evaluacijom modela i evaluacijom procesa, osobito kroz analizu broja i strukture pruženih usluga, prevalencije faktora rizika po dobnim skupinama, te motivacijskim aspektima nagradnog plaćanja. Analize prevalencije faktora rizika po dobnim skupinama ukazuje na značajne postojeće potrebe za zdravstvenom zaštitom kod naše populacije. Rezultati projekta upućuju na činjenicu da je model preventivno-promotivnog rada u obiteljskoj medicini dizajniran na primjeren način i stručno utemeljen. Implementacija našeg modela u praksi je pokazala da su se radni procesi odvijali sukladno postavljenoj metodologiji, te da su naši kriteriji za evaluaciju procesa postavljeni na odgovarajući način.

## **5.5. IT podrška shemi nagradnog plaćanja**

U okviru projekta “HSEP-IP” razvijena je softverska „web aplikacija za preventivnu medicinu“ koja je pomogla u procesu prikupljanja i obrade podataka u okviru komponente projekta koja se bavi nagradnim plaćanjem. Softverska aplikacija se temelji na modularnom konceptu, koji se sastoji od slijedećih modula:

- baza podataka o registriranim pacijentima i generalije (ime i prezime, godište, broj kartona, adresa, zanimanje, radno mjesto, itd);
- preventivno-promotivni modul (evidentiranje faktora rizika i njihovih kategorija, evidentiranje kontrolnih pregleda za pojedine faktore rizika sa kategorizacijom usluga);
- modul za evidentiranje usluga zdravstvenog odgoja (tematski rad u maloj grupi, predavanja, kućne posjete);

- modul za zakazivanje pregleda;
- modul za relevantne dokumente (preporuke dobre prakse, klinički vodiči, klinički putevi, smjernice za skrining programe, itd.).

Baza podataka se nalazi na jednom serveru, a pristupa joj se prema konceptu „web-based“ aplikacija. Ovakav koncept informatičke podrške je moderan, te pruža brojne prednosti, kako u procesu održavanja aplikacije, tako i kod procesa obrade podataka i kreiranja izvještaja. Izvještaji se prave kvartalno, a odnose se na slijedeće aspekte rada: (a) broj i distribucija otkrivenih rizika; (b) indikatori izvedbe u timovima obiteljske medicine; (c) izvještaj o zaslužnim nagradnim plaćanjima po pojedinim članovima tima obiteljske medicine.

Raspoloživo vrijeme za razvoj naše softverske aplikacije je bilo vrlo ograničeno, kao i alocirana finansijska sredstva. Stoga, aplikacija ima neke nedostatke koji se mogu otkloniti u budućnosti. Vodeći nedostaci su slijedeći:

- U okviru preventivno-promotivnog modula moguće je evidentirati brojne faktore rizika za razvoj karcinoma, te kroz taj proces identificirati vulnerabilne osobe. Međutim, u izvještajnim obrascima nije moguće dobiti broj obrađenih pacijenata u smislu obavljenih skrininga na tri karcinoma, a pogotovo distribuciju rezultata tih skrininga u smislu označavanja kao što slijedi: „nalaz uredan“, „nalaz suspektan“, „nalaz patološki“. Ukoliko je nalaz patološki, nužno je imati mogućnost za upisivanje dijagnoze karcinoma u evidencijski obrazac, kao i izvještavanja o broju novo-otkrivenih tumora, tj. incidenciji.
- Analiza strukture kategorija rizika je moguća za određeno vremensko razdoblje, npr. tokom prve godine skrininga. Tokom druge godine, takva će analiza dati aritmetičku sredinu vrijednosti pojedinih rizika, kao i strukturu kategorija rizika. Međutim, nije moguće upoređivati rezultate prve i druge godine skrininga u smislu praćenja trendova, jer kategorije rizika nisu povezane s identitetom pacijenta, nego bi se radilo o jednostavnom rezultatu aritmetičke sredine. Ako imamo u vidu da smo tokom prve godine pregledali najveći broj starijih i bolesnijih pacijenata s većom prevalencijom rizika, logično je pretpostaviti da će struktura obrađenih pacijenata u drugoj godini biti povoljnija, a to će dati lažnu sliku da rizici pokazuju silazni trend.
- Neki zdravstveni djelatnici su se žalili da je prije samog početka unosa podataka o rizicima, potrebno proći / popuniti više nepotrebnih prozora u aplikaciji, što je u konačnici irelevantno za naš program preventivne obrade. Tako npr., postoji pitanje o razlogu posjete ambulanti, vremenu posjete, nekim dijagnozama koje ne moraju imati vezu s relevantnim rizicima, i sl.





## 6. Zaključci i preporuke projekta

Na osnovu rezultata našeg istraživanja koje je sprovedeno na 100 pilot timova obiteljske medicine tokom 2013.godine pod naslovom „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“ moguće je zaključiti slijedeće:

- Statistička obrada rezultata bi trebala odgovoriti na pitanje da li finansijske stimulacije stoje u korelaciji sa izvrsnošću pružanja preventivno-promotivnih usluga. Dobiveni rezultati jasno ukazuju da je izvedba našeg preventivno-promotivnog programa bila značajno viša u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu promatrano kroz svih pet indikatora izvedbe. Broj registriranih pacijenata se manje razlikuje nego pokazatelji izvedbe zato što je veliki broj pacijenata u kontrolnoj grupi jednostavno prenesen iz baze podataka zavoda zdravstvenog osiguranja.
- Rezultati rada kontrolne grupe jasno ukazuju da su finansijske motivacije, kreirane kroz nagradno plaćanje, utjecale na razlike u izvedbi između kontrolne i eksperimentalne grupe. Timovi iz kontrolne grupe bili su plaćeni samo za izvještavanje, bez obzira na postignutu izvedbu. Međutim, ako pogledamo razlike u postignutim rezultatima timova kontrolne grupe u četiri doma zdravlja, jasno je da finansijske motivacije nisu jedini motivacijski faktor.
- Ostvareni rezultati projekta u eksperimentalnoj grupi upućuju na zaključak da su naša opredjeljenja u vezi s pragom i opsegom za pojedine indikatore izvedbe na početku projekta bila realna. Dakle, motivirani timovi u značajnom procentu mogu ostvariti postavljene kriterije dobre izvedbe, odnosno izvrsnosti, a to su slijedeći:
  - (a) evidentirani faktori rizika i skrininzi (135-225 pacijenata kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
  - (b) broj kontrolnih pregleda usmjerenih na prisutne faktore rizika (15-24% od otkrivenih faktora rizika kvartalno, s ponderom stimulacije 35);
  - (c) kućne posjete sa promotivno-preventivnim djelokrugom rada (22-45 posjeta kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
  - (d) tematski rad sa malom grupom (1-6 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10);
  - (e) predavanja u velikoj grupi (1-2 usluga kvartalno, s ponderom stimulacije 10).
- Evidentno je da je preventivno obrađen značajno veći broj žena nego muškaraca, te je i broj ostalih pruženih usluga veći kod žena. Najvjerojatnije postoje faktori koji olakšavaju regrutiranje žena u ovakav program organiziranog masovnog skrininga tokom prve godine. S nastavkom skrininga u drugoj godini bi bilo logično očekivati da bi postotak obrađenih muškaraca rastao kroz vrijeme.

- Rezultati istraživanja upućuju na činjenicu da se tokom prve godine sprovedbe preventivne obrade kroz organizirani masovni skrining usluge pružaju u značajno većem broju starijim dobnim skupinama. Uzrok favoriziranja starijih dobnih skupina od strane našeg projekta leži u činjenici da je u našoj metodologiji savjetovano da se ne vrši selekcija pacijenata prema dobi i spolu, već da se pregledaju oni koji prvi daju informirani pristanak na ovu vrstu preventivne obrade. Bili smo svjesni činjenice da će informirani pristanak prvo dati najčešći posjetitelji ambulanti, a to su najčešće osobe s nekim hroničnim bolestima, nezdravim stilovima života ili pak osobe s nekom bolešću akutnog karaktera. S javno-zdravstvenog gledišta ovakav pristup može izgledati nepravičan jer favorizira starije osobe. Međutim, selektivan pristup starijim, bolesnijim i osobama s rizicima je pravičan s stajališta objektivnog utilitarizma kao etičke teorije. Radeći na metodologiji našeg projekta, bili smo svjesni da će u prvoj godini biti moguće preventivno obraditi po timu maksimalno oko 800 pacijenata, a da će ostali registrirani pacijenti s manjim rizicima biti preventivno obrađeni u drugoj godini sprovedbe ovog skrininga.
- Ovaj koncept preventivnog rada je značajno unaprijedio prezentacijske vještine za rad u velikoj grupi, kao i doprinio standardiziranom pristupu pojedinim relevantnim temama zdravstvenog odgoja.
- Distribucija broja svih usluga po kvartalima pokazuje kontinuirani porast u Zenici od prvog do četvrtog kvartala. Vremenska dinamika promjena broja pruženih usluga po kvartalima upućuje na to da je testirani koncept najuspješnije prihvaćen u Zenici, a potom u Tuzli, Sarajevu i Mostaru. Kontinuirani porast izvrsnosti izvedbe pokazuje da je za implementaciju svakog novog koncepta potrebno vrijeme za razvoj potrebnih vještina, kao i motivacijskih mehanizama.
- Statistička značajnost razlika učestalosti pojedinih rizika između ispitivanih gradova je evidentna. Distribucija rizika po gradovima poredana od najveće učestalosti ka najmanjoj jasno pokazuje da Sarajevo prednjači s učestalošću četiri rizika u odnosu na druge gradove, dok se Zenica nalazi na posljednjem mjestu po učestalosti četiri faktora rizika. Ispitivane populacije u četiri grada se mogu rangirati, počevši od najveće ka najmanjoj učestalosti ispitivanih faktora rizika, slijedećim redoslijedom: Sarajevo, Mostar, Tuzla i Zenica.
- Iznosi nagradnog plaćanja su bili prilagođeni dobroj evropskoj praksi, te nisu prelazili 20% od redovnog mjesečnog dohotka zdravstvenih djelatnika. Viši iznosi nagradnog plaćanja mogu biti kontraproduktivni, jer favoriziraju selektivno pružanje samo onih usluga koje se dodatno plaćaju na štetu redovnog svakodnevnog posla. Nagradna plaćanja se mogu isplaćivati mjesečno, kvartalno ili godišnje. U kontekstu našeg istraživanja bilo je najpogodnije odlučiti se za kvartalnu isplatu.
- Preporučuje se donosiocima odluka u relevantnim institucijama zdravstvenog sistema da predmet organiziranog masovnog skrininga u obiteljskoj medicini bude slijedećih šest faktora rizika za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti, a to su slijedeći: a) hipertenzija;

(b) gojaznost; (c) pušenje; (d) fizička neaktivnost; (e) dislipidemija; (f) diabetes mellitus. Pomenutih šest faktora rizika su bili predmet *organiziranog masovnog skrininga*, te izvještavanja ka zavodu zdravstvenog osiguranja sa ciljem isplate „nagradnih plaćanja“. Pored pomenutih šest faktora rizika, bilo je neophodno evidentirati skupinu relevantnih promotivno-preventivnih programa za pojedine pacijente i populacijske skupine, označenih kao „ostali faktori rizika i skriningi“. Za značajan broj osoba određenog spola i starosti od interesa su skriningi i savjetovanja u vezi prevencije i ranog otkrivanja karcinoma grlića materice, dojke i debelog crijeva. Pored navedenih karcinoma, niz drugih oboljenja i faktora rizika mogu postati predmetom *individualnog ranog otkrivanja*.

- U svim slučajevima implementacije organiziranog i masovnog skrining programa dolazi do porasta ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Prva skupina troškova se odnosi na neposredni rad timova koji se bave skriningom, te na relevantni potrošni materijal. Druga skupina troškova se kreira u laboratorijima gdje se obavljaju specifične pretrage, te na mjestima gdje su potrebne sofisticirane dijagnostičke metode za potvrdu dijagnoze. Treća skupina troškova nastaje zbog potrebe liječenja bolesti koje su otkrivene skriningom. Ovaj fenomen se u literaturi naziva „zahtjev-induciran ponudom“ („supply-induced demand“). Imajući u vidu faktore rizika koje otkrivamo, kao i bolesti koje će biti dijagnosticirane, moguće je očekivati porast troškova na razini rada doma zdravlja, kao i porast troškova za lijekove i specijalističke konsultacije.
- Dugoročna održivost ovakvih masovnih skrining programa u obiteljskoj medicini nije moguća bez niza komplementarnih mehanizama u okviru zdravstvenog sistema, kao što su slijedeći: nagradna plaćanja i pojedinačni ugovori s timovima obiteljske medicine, zakonodavna regulativa o setu preventivnih usluga koje se moraju pružiti svim pacijentima, metodologija za izradu preventivnih programa zdravstvene zaštite s jasnim odgovornostima pojedinih zdravstvenih djelatnika i institucija, kao i savjesno upravljanje alokacijom resursa zavoda zdravstvenog osiguranja namijenjenih promociji zdravlja i prevenciji bolesti.
- Naš projekt je imao utjecaj na proces reforme mehanizama plaćanja u obiteljskoj medicini u F BiH u pravcu kreiranja kombinacije tri mehanizma plaćanja timova obiteljske medicine, a to su slijedeći: osnovna plaća, glavarina, i nagradno plaćanje. Projekt je djelovao na svijest donosilaca odluka u politici zdravstvene zaštite, prije svega u Zenici i Mostaru. Zavod zdravstvenog osiguranja u Zenici, zajedno s Ministarstvom zdravstva i Zavodom za javno zdravstvo, su odlučili alocirati novac za nagradna plaćanja timova obiteljske medicine u Zenici za 2014.godinu, te tako produžiti projektne aktivnosti i učiniti ih redovnim poslom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zavod zdravstvenog osiguranja u Mostaru je razradio metodologiju plaćanja timova obiteljske medicine metodom glavarine za 2014.godinu, a nagradno plaćanje za preventivni rad se planira uvesti u 2015.godini. Kantonalna Vlada u Mostaru je odobrila pomenute reformske promjene, a sada se radi na potpisivanju pojedinačnih ugovora s timovima obiteljske medicine.

- Zadaci preventivne obrade pacijenta, kao i pozivanja pacijenata, su bili podijeljeni između liječnika i sestre, ali na način da se nagrada isplaćuje za uspjeh tima po principu da su nagrađeni “svi ili niko”. Na ovaj način se želi stimulirati timski rad i duh kolegijalne saradnje. Poslovi evidentiranja pruženih usluga, kao i izrade kvartalnih izvještaja, se moraju obavljati kroz zajednički timski rad i saradnju. Odgovornost za tačnost podataka i blagovremenu dostavu izvještaja zajednički dijele svi članovi tima obiteljske medicine u cjelini. Stoga se izostanak isplate stimulacije za neki kvartal odnosio na sve članove pojedinog tima, bez traganja za odgovornošću pojedinaca.
- Brojne elaboracije u ovom izvještaju se bave evaluacijom modela i evaluacijom procesa, osobito kroz analizu broja i strukture pruženih usluga, prevalencije faktora rizika po dobnim skupinama, te motivacijskim aspektima nagradnog plaćanja. Analize prevalencije faktora rizika po dobnim skupinama ukazuje na značajne postojeće potrebe za zdravstvenom zaštitom kod naše populacije. Rezultati projekta upućuju na činjenicu da je model preventivno-promotivnog rada u obiteljskoj medicini dizajniran na primjeren način i stručno utemeljen. Implementacija našeg modela u praksi je pokazala da su se radni procesi odvijali sukladno postavljenoj metodologiji, te da su naši kriteriji za evaluaciju procesa postavljeni na odgovarajući način.
- Raspoloživo vrijeme za razvoj naše softverske aplikacije je bilo vrlo ograničeno, kao i alocirana finansijska sredstva. Stoga, aplikacija ima neke nedostatke koji se mogu otkloniti u budućnosti. Vodeći nedostaci su slijedeći:
  - U okviru preventivno-promotivnog modula moguće je evidentirati brojne faktore rizika za razvoj karcinoma, te kroz taj proces identificirati vulnerabilne osobe. Međutim, u izvještajnim obrascima nije moguće dobiti broj obrađenih pacijenata u smislu obavljenih skrininga na tri karcinoma, a pogotovo distribuciju rezultata tih skrininga u smislu označavanja kao što slijedi: „nalaz uredan“, „nalaz suspektan“, „nalaz patološki“. Ukoliko je nalaz patološki, nužno je imati mogućnost za upisivanje dijagnoze karcinoma u evidencijski obrazac, kao i izvještavanja o broju novo-otkrivenih tumora, tj. incidenciji.
  - Analiza strukture kategorija rizika je moguća za određeno vremensko razdoblje, npr. tokom prve godine skrininga. Tokom druge godine, takva će analiza dati aritmetičku sredinu vrijednosti pojedinih rizika, kao i strukturu kategorija rizika. Međutim, nije moguće upoređivati rezultate prve i druge godine skrininga u smislu praćenja trendova, jer kategorije rizika nisu povezane s identitetom pacijenta, nego bi se radilo o jednostavnom rezultatu aritmetičke sredine. Ako imamo u vidu da smo tokom prve godine pregledali najveći broj starijih i bolesnijih pacijenata s većom prevalencijom rizika, logično je pretpostaviti da će struktura obrađenih pacijenata u drugoj godini biti povoljnija, a to će dati lažnu sliku da rizici pokazuju silazni trend.

- Neki zdravstveni djelatnici su se žalili da je prije samog početka unosa podataka o rizicima, potrebno proći / popuniti više nepotrebnih prozora u aplikaciji, što je u konačnici irelevantno za naš program preventivne obrade. Tako npr., postoji pitanje o razlogu posjete ambulanti, vremenu posjete, nekim dijagnozama koje ne moraju imati vezu s relevantnim rizicima, i sl.

## *Glosar pojmova*

- **Obiteljska medicina** predstavlja prvi kontakt sa pacijentom u sklopu sistema zdravstvene zaštite, osiguravajući otvoren i neograničen pristup za njegove korisnike, rješavajući većinu zdravstvenih problema bez obzira na dob, spol ili bilo koju drugu karakteristiku pacijenta.
- **Nagradno plaćanje.** Nagradno plaćanje je fiksni iznos novca koji se liječniku obično isplaćuje na kraju godine kao stimulacija za poželjno ponašanje (npr. niska stopa propisivanja lijekova, visok obuhvat imunizacijom ili izvrsnost u sprovedbi promotivno-preventivnih usluga). Također, možemo kazati da je ovo plaćanje nagrada za izvrsnost sukladno postavljenim kriterijima, a ne cijena rada.
- **Glavarina (kapitacija).** Glavarina predstavlja fiksnu svotu novca po jednom pacijentu za određeni vremenski period (1 godina, odnosno 1 mjesec), koje se liječniku plaća unaprijed za usluge iz programa zdravstvene zaštite ugovorene na temelju ugovora za zavodom zdravstvenog osiguranja.
- **Promocija zdravlja** predstavlja njegovanje stilova života i drugih socijalnih, ekonomskih, okolišnih i osobnih faktora koji vode ka zdravlju. Ova skupina mjera označava se još kao „primarna nespecifična prevencija“, što predstavlja mjere koje se poduzimaju da bi zdravi ljudi bili još zdraviji. Najvažnije mjere nespecifične prevencije su slijedeće: opća i osobna higijena, pravilna prehrana i ispravna voda za piće, tjelesna aktivnost, zaštita okoliša, osobni i društveni standard, izbjegavanje rizičnog ponašanja, obrazovanje, zdravstveni odgoj, itd.
- **Zdravi stilovi života** označavaju skup navika i običaja na koji utječe, mijenja ga, podstiče ili ograničava doživotni proces socijalizacije. Ove navike i običaji uključuju korištenje supstancija (alkohol, duhan, čaj i kafa, psihoaktivne supstance i droge), 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, sprječavanje, te liječenje i ublažavanje posljedica bolesti.
- **Primarna prevencija** uključuje slijedeće mjere koje čine da zdravi ljudi budu još zdraviji, a to su unaprijeđenje ili promocija zdravlja, te sprečavanje i suzbijanje bolesti ili „specifična prevencija“.
- **Sekundarna prevencija** podrazumijeva rano otkrivanje bolesti, najčešće korištenjem niza skrining programa.
- **Tercijarna prevencija** predstavlja rehabilitaciju bolesnika tokom neke bolesti ili poslije u cilju uklanjanja ili smanjenja posljedica bolesti i stvaranja mogućnosti za uključivanje u društveno produktivan život.
- **Skrining programi** predstavljaju značajnu preventivnu mjeru, koja se koristi za identifikaciju pojedinaca ili populacijskih skupina koje su izložene djelovanju faktora rizika za nastanak određenih oboljenja ili poremećaja. Prema nekim autorima, skrining predstavlja preliminarno

otkrivanje osoba sa neprepoznatljivim znakovima i simptomima određenih oboljenja uz primjenu standardiziranih postupaka i međunarodnih stručno-doktrinarnih preporuka. Uvjeti da bi se neka bolest uvrstila u program skrininga je da mora imati značajnu incidenciju, da za tu bolest ne postoji mogućnost blagovremene kliničke dijagnoze, da postoji mogućnost liječenja nakon otkrivanja bolesti, da postoje adekvatni laboratorijski testovi i da su troškovi realizacije prihvatljivi i isplativi.

- **„Zahtjev-induciran ponudom“** („supply-induced demand“) podrazumijeva bilo kakvu mogućnost za utjecaj 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.
- **Ugovaranje** se smatra instrumentom za implementaciju ciljeva zdravstvene politike. Esencijalni element 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 liječnika ili tima obiteljske medicine od strane pacijenata, a odnosi se na period od jedne kalendarske godine.
- **Slobodan izbor liječnika** je osnovno ljudsko pravo u zdravstvenoj zaštiti i regulirano je u Deklaraciji o pravima pacijenata Evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije. Ovo pravo pacijenta je također regulirano zakonima svake od zemalja članica, što je kod nas Zakon o pravima i odgovornosti pacijenata u F BiH.
- **Mreža praksi obiteljske medicine** se definira na prijedlog kantonalnog ministarstva zdravstva i eksplicitno dozvoljava obavljanje djelatnosti obiteljske medicine na teritoriju za koji je to ministarstvo odgovorno, kao i mogućnost finansiranja takve mreže davalaca usluga iz sredstava zavoda zdravstvenog osiguranja.
- **Geografski definirano područje tima obiteljske medicine** predstavlja teritorij na kome živi stanovništvo koje gravitira određenoj ambulanti obiteljske medicine. Predstavlja tendenciju ka regionalizaciji zdravstvene zaštite na njenom najnižem nivou. Sa sobom nosi niz prednosti za rad obiteljske medicine. Koncept geografski definirane zone ne isključuje pravo pacijenta na slobodan izbor liječnika obiteljske medicine. Pacijentu se obično preporuči tim koji pokriva geografsku zonu u kojoj on stanuje, ali ako pacijent zahtjeva izabrati neki drugi tim, to mu se dozvoljava.
- **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 poduzimati 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 obiteljske medicine** predstavlja dokument na osnovu kojeg liječnik obiteljske medicine sklapa prospektivni ugovor sa zavodom zdravstvenog osiguranja o obimu usluga za svoju populaciju registriranih pacijenata. Godišnji program rada tima obiteljske medicine mora biti prilog ugovoru sa zavodom zdravstvenog osiguranja.
- **Socijalno-medicinska dijagnoza zajednice** je poznavanje čitave zajednice u interakciji zdravstveno-socijalnog, kulturnog i ekonomskog okruženja, sa ciljem definiranja prioriternih programa djelovanja, kao i adekvatnih planiranja i programiranja u zdravstvu.
- **Potrebe** su zdravstvene usluge koje bi trebalo pružiti radi unaprijeđenja zdravlja, specifične prevencije i ranog otkrivanja bolesti.
- **Zahtjevi** za zdravstvenom zaštitom predstavljaju količinu i vrstu zdravstvenih usluga koje zahtjevaju pojedinci ili cijela populacija.
- **Deklaracija o pravima pacijenata** je dokument koji predstavlja međunarodni deontološki kodeks. Potpisali su ga predstavnici vlada svih zemalja članica Evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije 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, etičkim pitanjima njege i tretmana, te mehanizmima primjene prava pacijenata.
- **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 stimulatивно-finansijskim. Očekuje se da bi ova funkcija u zdravstvenom sistemu trebala poslužiti boljoj „kontroli troškova“, ali i efikasnosti sistema u cjelini.
- **Davalac zdravstvenih usluga** je svaki pojedinac ili ustanova koja pruža usluge zdravstvene zaštite svojim pacijentima.
- **Kupac zdravstvenih usluga** može biti fond / zavod 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.



## *Literatura*

- ❖ Zavod za javno zdravstvo F BiH: Istraživanje zdravstvenog stanja stanovništva u Federaciji Bosne i Hercegovine sa usporedbom istraživanja provedenog u 2002.godini. Finalni izvještaj, Sarajevo, oktobar 2013.godine, 139 str.
- ❖ Zavod za javno zdravstvo F BiH. Evaluacija reforme u odabranim oblastima sektora primarne zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine. Završni izvještaj. Projekt jačanja zdravstvenog sektora, podkomponenta 3.1.5. Tehnička asistencija za istraživanje Evaluacije reforme u odabranim oblastima sektora primarne zdravstvene zaštite u F BiH, Sarajevo, septembar 2010.godine, 136 str.
- ❖ Zavod za javno zdravstvo F BiH. Finalni izvještaj o implementaciji programa prevencije faktora rizika u timovima obiteljske medicine i liječnika opće medicine za registrirane pacijente sa analizom rezultata. Pilot projekt u Kantonu Sarajevo i Zapadno-hercegovačkoj županiji 2006.-2007.godina. Sarajevo, februar 2008, 14 str.
- ❖ AKAZ. Promotivno-preventivni sertifikacijski standardi i indikatori za timove porodične medicine. Nacrt / verzija 2011, Sarajevo, 2011, 53 str.
- ❖ Huseinagić,S., Hrabač,B., i Bodnaruk,S.: Ugovaranje u porodičnoj medicini. Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica (ISBN 978-9958-9001-2-9), 2010, 201 str.
- ❖ Hrabač,B., Šunje,A., Bodnaruk,S., i Huseinagić,S.: Reforma socijalnog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine za vrijeme tranzicije. South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ), 1(1): 7-17, November 2011
- ❖ Hrabač,B., i Huseinagić,S.: Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH. Privatna praksa ili privatno vlasništvo ? Medicinski arhiv (časopis liječnika BiH), 62(1): 49-52, 2008.
- ❖ Hrabač,B.: Outline of future payment system in family medicine in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Periodicum biologorum, 105(1): 87-91, 2003.
- ❖ Hrabač,B., et.al.: Politika i strategija reforme finansiranja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine. Pripremljeno uz pomoć PHARE programa i Svjetske banke. Ministarstvo zdravstva F BiH, 87 str., 1998.
- ❖ Hrabač,B., i sur.: Socijalna medicina. Udžbenik Sveučilišta u Mostaru (ISBN 978-9958-690-72-3), 2010, 225 str.
- ❖ Bodnaruk,S., Čizmić,J., Hrabač,B., i Huseinagić,S.: Komentari zdravstvenih Zakona. Knjiga 1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima

pacijenata. Zakon o apotekarskoj djelatnosti. Sarajevo, Blicdruk d.o.o. (ISBN 978-9958-637-37-7), 2011, 664 str.

- ❖ Federalno ministarstvo zdravstva: Strateški plan razvoja primarne zdravstvene zaštite. 2006.
- ❖ Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Službene novine Federacije BiH br.5703 od 10.februara 2003.
- ❖ Obračun sredstava u zdravstvu u F BiH za 2010.godinu. Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja F BiH, Sarajevo, juli 2011, 37 str.
- ❖ Hrbač,B., i sur: Tehnički priručnik za implementaciju projektnih aktivnosti. Projekt jačanja zdravstvenog sektora. Komponenta projekta: „Testiranje nagradnog plaćanja za sprovedbu standardiziranog seta preventivno-promotivnih usluga timova obiteljske medicine“. Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 30.06.2012., 16 str.
- ❖ Hrbač,B., Lugonja,M., i Bošnjak,R.: Zdravstvena ekonomika. Sveučilišna knjižnica (ISBN ), Mostar, 2013, 250 str.