



Godina XX - Broj 8

ZENICA, četvrtak, 29.10.2015.god.

USTAVNI SUD

310.

Ustavni sud Federacije Bosne i Hercegovine, odlučujući o zahtjevu Načelnika Općine Usora za zaštitu prava na lokalnu samoupravu, u vezi Odluke o zonama sanitarne zaštite i zaštitnim mjerama vodozahvata „Jelah polje“ – Općina Tešanj, na osnovu člana IV.C. 3.10. (3) Ustava Federacije Bosne i Hercegovine, u vezi sa Amandmanom XCVI na Ustav Federacije Bosne i Hercegovine, na sjednici bez javne rasprave održanoj dana 07.07.2015. godine, donio je

P R E S U D U

Utvrđuje se da je Odlukom o zonama sanitarne zaštite i zaštitnim mjerama vodozahvata „Jelah polje“ - Općina Tešanj („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 13/10) povrijeđeno pravo na lokalnu samoupravu Općine Usora.

Presudu objaviti u „Službenim novinama Federacije BiH“ i „Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona“.

O b r a z l o ž e n j e

1. Podnosilac zahtjeva i predmet zahtjeva

Načelnik Općine Usora (u daljem tekstu: podnosilac zahtjeva) podnio je dana 01.12.2014. zahtjev i precizirani zahtjev 30.03.2015. godine Ustavnom sudu Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Ustavni sud Federacije) za zaštitu prava na lokalnu samoupravu, u vezi Odluke o zonama sanitarne zaštite i zaštitnim mjerama vodozahvata „Jelah polje“ Općina Tešanj (u daljem tekstu: osporena Odluka).

Prema članu IV.C.3.10. (3), odnosno Amandmanu XCVI na Ustav Federacije Bosne i Hercegovine, podno-

silac zahtjeva ovlašten je za pokretanje postupka za zaštitu prava na lokalnu samoupravu pred Ustavnim sudom Federacije.

2. Stranke u postupku

U skladu sa članom 39. Zakona o postupku pred Ustavnim sudom Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 6/95 i 37/03), stranke u postupku u ovom ustavnosudskom predmetu su: Načelnik Općine Usora (u daljem tekstu: podnosilac zahtjeva) i Vlada Zeničko-dobojskog kantona (u daljem tekstu: Vlada Ze-do kantona), kao donosilac osporene Odluke.

3. Bitni navodi podnosioca zahtjeva

Podnosilac zahtjeva je dana 01.12.2014. godine i 30.03.2015. godine, podnio zahtjev i precizirani zahtjev za zaštitu prava na lokalnu samoupravu, a dana 21.05.2015. godine urgenciju za prioritarno rješavanje istog predmeta. U osnovnom zahtjevu navodi, da je Vlada Ze-do kantona, dana 24.11.2010. godine donijela osporenu Odluku suprotno odredbama člana 2. Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 49/06 i 51/09), iz razloga što se prema tim odredbama daje pravo jedinicama lokalne samouprave da, u granicama zakona, regulišu i upravljaju određenim javnim poslovima na osnovu vlastite odgovornosti i u interesu lokalnog stanovništva. Povreda prava na imovinu, prema podnosiocu zahtjeva ogleda se u odredbama člana 2. stav 1. osporene Odluke, koja se odnosi na lokaciju izvorišta koji glasi: „Izvorište je locirano dva km sjeverno od Jelaha, a čine ga šest bunara međusobno udaljenih 200 do 300 m. Bunari B-1, B-2 i B-3 locirani su na teritoriji Općine Tešanj, a bunari B-4, B-5 i B-6, na teritoriji Općine Usora“. Ističe, da je odredbama člana 10. osporene Odluke, propisano da se vodni i drugi objekti i njima pripadajuća oprema nalazi u vlasništvu J.P.„Rad“ d. d. Tešanj, koji gazduje cjelovitim sistemom

javnog vodosnabdijevanja. Uz ove objekte, u nadležnosti J.P. „Rad“ d.d. Tešanj su i objekti kondicioniranja voda, kao i kompletna distributivna mreža. Prema navodima podnosioca zahtjeva, na teritoriji Općine Usora nalazi se također javno preduzeće, koje se bavi komunalnim djelatnostima, te tako ova općina može prenijeti gazdovanje vodoizvorima koji se nalaze na teritoriji Općine Usora na javno preduzeće „Usora“ d.o.o Usora.

Podnosilac zahtjeva ističe, da se u osporenoj Odluci u članu 1. koji reguliše šta je predmet regulisanja, ne spominje Općina Usora, mada se zaštitne zone protežu većim dijelom na ovu općinu, te da je Općina Usora konstituisana na osnovu člana 10. Zakona o konstituisanju novih općina u Federaciji Bosne i Hercegovine i izmjeni područja općina podijeljenih međuentitetskom i međukantonalnom linijom („Službene novine Federacije BiH“, broj: 6/98). Osporena Odluka suprotna je i odredbi člana 8. Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine, kojim je između ostalog propisano, da je u nadležnosti općina da upravljaju objektima komunalne infrastrukture. Podnosilac zahtjeva ističe i nepoštivanje nacionalnog interesa konstitutivnog naroda, pozivajući se na zaštitu, čije zasnivanje vidi u odredbama Ustava Federacije Bosne i Hercegovine. Smatra, da se osporenim Odlukom narušava teritorijalni integritet i suverenitet jedinice lokalne samouprave, u odnosu na imovinu Općine Usora. Izvorišta voda i to bunari B-4., B-5., i B-6., koja se nalaze na teritoriji Općine Usora, općina nema pristup, a stanovništvo mogućnost da se snabdijeva vodom sa navedenih izvorišta. Ističe, da je prva zaštitna zona izvorišta Jelah polje podijeljena na I a i I b zaštitnu zonu i nalazi se na područjima općina Tešanj i Usora. Zaštitna zona I a, obuhvata zonu bunara koja se nalazi na teritoriji Općine Usora, a Odlukom je propisana zabrana pristupa svim neovlaštenim licima sa teritorije Općine Usora. Područje druge zaštitne zone nalazi se dijelom u Općini Tešanj, drugim dijelom u Općini Usora, dok je područje III zaštitne zone, također većim dijelom na području Općine Usora, i na istom je zabranjeno izvođenje radova, izgradnja objekata i obavljanje radnji u vezi ograđivanja vode izvorišta, što je propisano u članu 22.

Ističe, da osporenim Odlukom vlasnici parcela u obuhvatu zaštitnih zona trpe štetu, jer im se ograničava pravo vlasništva, što je suprotno zakonskim odredbama jer Zeničko-dobojski kanton, nema ovlasti da postupa na ovaj način. Osporenim Odlukom propisano je, da se sa navedenih izvorišta pitkom vodom snabdijevaju stanovnici Općine Tešanj, dok stanovnici Općine Usora nemaju riješen problem vodosnabdijevanja, na koji način se vrši diskriminacija u odnosu na ovu općinu. Iz tih razloga osporenim Odlukom onemogućeno je Općini

Usora da raspolaze svojom imovinom, u smislu odredaba Zakona o stvarnim pravima („Službene novine Federacije BiH“, br. 66/13 i 100/13), jer prema odredbama ovog zakona, voda je dobro od općeg interesa i vlasništvo je općine, na čijoj teritoriji se nalazi. Navodi, da se to pravo vlasniku može oduzeti, samo ako je u pitanju javni interes. Isto tako smatra, da je odredbama člana 43. Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine data mogućnost, da se javnost i građani putem referenduma izjasne i dobiju saglasnost u vezi vode i vodosnabdijevanja svih općina, pa i Općine Usora.

Isto tako se navodi, da se zahtjev zasniva na odredbama člana 3. Evropske povelje o lokalnoj samoupravi i članu 2. Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine, ističući između ostalog da je pravo jedinica lokalne samouprave da u okvirima, koji su zakonom određeni, uređuju i upravljaju u korist lokalnog stanovništva bitne javne poslove. Navodi, da se od šest bunara tri nalaze na području Općine Usora, a gazdovanje nad sistemom vodosnabdijevanja pripada JP „Rad“ Tešanj što predstavlja diskriminaciju za stanovnike Općine Usora. Ističe razgraničenje i formiranje novih općina, prema Zakonu o konstituisanju novih općina u Federaciji Bosne i Hercegovine i izmjeni područja općina podijeljenih međuentitetskom i međukantonalnom linijom, prema kojem po podnosiocu zahtjeva Općini Usora pripadaju tri bunara: B-4, B-5 i B-6. Navodi i član 40. stav 2. Zakona o vodama Federacije Bosne i Hercegovine, kojim je propisana nadležnost za donošenje odluka za utvrđivanje vodozaštitnih zona, koja pripada jedinicama lokalne samouprave, tako da Vlada Ze-do kantona povrjeđuje pravo na lokalnu samoupravu Općine Usora u odnosu, na navedena tri bunara koja su na njenoj teritoriji, a Općina Usora ih ne može koristiti.

Napominje, da je osporenim Odlukom građanima Općine Usora uskraćeno pravo na snabdijevanje općine pitkom vodom, da je osporena Odluka donesena bez konsultovanja Općine Usora i njenog aktivnog učešća pri samoj izradi, da su date i stvorene obaveze koje ona ne može prihvatiti iz razloga što se vrši raspolaganje njenom imovinom na njenoj teritoriji od strane drugih pravnih lica i stvaraju finansijske obaveze koje ona ne može prihvatiti. Pored navedenih propisa povrijeđena je i odredba člana 4. tačka 6. Evropske povelje o lokalnoj samoupravi.

Predlaže, da Ustavni sud Federacije utvrdi, da je Općini Usora učinjena povreda prava na lokalnu samoupravu od strane Vlade Ze-do kantona, donošenjem osporene Odluke, od 28.12.2010. godine, u vezi odredaba člana 7. stav 3., člana 9. stav 3., člana 14. stav 1. tačka 3., člana 15. stav 3., člana 40. stav 2. Zakona o vodama Federacije Bosne i Hercegovine, zatim člana 8., člana 9. stav 3.

alineja 1., čl. 10., 15. i 105. Zakona o vodama Zeničko-dobojskog kantona, čl. 3. i 4., a u vezi sa članom 8. stav 3. alineja 11. tačka 1. Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine i člana 3. stav 1. a) Zakona o komunalnim djelatnostima Zeničko-dobojskog kantona, te se traži prenošenje nadležnosti u vezi vodosnabdijevanja sa kantonalne na općinsku vlast i to bunari: B-4., B-5. i B-6. na teritoriju Općine Usora.

5. Bitni navodi odgovora na zahtjev

U skladu sa članom 16. Zakona o postupku pred Ustavnim sudom Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br.: 6/95 i 37/03), Ustavni sud Federacije je dana 08.12.2014. godine, pozvao Vladu Ze-do kantona, da se kao druga stranka u postupku, izjasni o sadržaju zahtjeva podnosioca.

Ustavnom sudu Federacije u ostavljenom roku dostavljen je odgovor na podneseni zahtjev. U odgovoru, Vlada Ze-do kantona ističe, da su netačni navodi podnosioca zahtjeva, da vlasništvo nad vodom ima općina na čijem području se nalazi vodozahvat, s obzirom na odredbe člana 3. Zakona o vodama, prema kojem su vode opće dobro i kao takve pod posebnom zaštitu Bosne i Hercegovine, Federacije, kantona, grada i općine. Iz toga proizilazi, da vode ne mogu biti i nisu nečije vlasništvo, a članom 45. je propisano da je svakome dozvoljeno korištenje vode, pod uslovima utvrđenim zakonom, u skladu sa vodom dozvolom, što propisuju odredbe člana 47. Zakona o vodama Federacije Bosne i Hercegovine. Vezano za navode podnosioca, da se osporenim Odlukom zadire u teritorijalni integritet i suverenitet lokalne samouprave, u odgovoru se ističe, da osporenim Odlukom nije ugrožen teritorijalni integritet niti suverenitet Općine Usora, nego je samo utvrđena sanitarna zaštita i mjere zaštite u njima, sve u cilju zaštite vode, u skladu sa Zakonom o vodama i Pravilnikom o načinu utvrđivanja zona sanitarne zaštite i zaštitnih mjera za izvorišta vode za javno vodosnabdijevanje stanovništva („Službeni novine Federacije BiH“, broj: 51/02).

U odgovoru se dalje navodi, da Ministarstvo za poljoprivredu, šumarstvo i vodoprivredu Ze-do kantona, nije bilo u obavezi provoditi javnu raspravu u postupku donošenja osporene Odluke, jer je osporena Odluka nastala kao proizvod stručnog elaborata i rezultat istraživanja hidro-geoloških karakteristika slivnog područja, hidro-dinamičkih i hidro-geoloških parametara za određivanje zaštitnih zona, kako je regulisano odredbama čl. 43., 44. i 45. navedenog Pravilnika, nezavisno od administrativnih granica općina, kantona, iz razloga što administrativna podjela jedino utječe na nadležnost organa za donošenje odluke o zonama sanitarne zaštite.

Vezano za navode podnosioca zahtjeva, da su osporenim Odlukom propisana ograničenja vlasništva nad zemljištem, te da je prema podnosiocu zahtjeva to suprotno Zakonu, smatraju da to nije prihvatljivo jer, vlasništvo nad zemljištem koje se nalazi u obuhvatu zaštitnih zona nije osporeno, već su samo utvrđene mjere zaštite, propisane navedenim Pravilnikom, bez obzira na vlasništvo koje nije osporeno. Navodi, da bunari B-4, B-5 i B-6 pripadaju Općini Usora, te tvrdnja da su njeno vlasništvo nepravilni su, jer je osporenim Odlukom regulisano stvaranje cjelovitog sistema vodosnabdijevanja, koji je izgrađen prije donošenja Zakona o konstituisanju novih općina i izmjeni područja općina podijeljenih međuentitetskom i međukantonalnom crtom. Donošenjem osporene Odluke i regulisanjem zaštitnih zona kako je to propisano, Općina Usora nije u diskriminirajućem položaju u odnosu na Općinu Tešanj, kako to podnosilac zahtjeva navodi. Isto tako, u odgovoru se navodi da je članom 17. Zakona o vodama, regulisano vlasništvo nad vodnim objektima, a stanovništvu Općine Usore nikada nije osporeno priključivanje na sistem vodosnabdijevanja.

U odgovoru koji je dostavljen na precizirani zahtjev istaknuto je da Vlada Ze-do kantona u potpunosti ostaje kod odgovora koji je dostavljen od strane Ministarstva za poljoprivredu, šumarstvo i vodoprivredu Ze-do kantona broj: 05-14-501-2/11 od 09.01.2015. godine sa napomenom, da dostavljaju i Odluku o zaštitnim zonama izvorišta vodovoda za Jelah i Tešanj-Bukva, koja je donesena 1983. godine od strane Skupštine Općine Tešanj i da je ta odluka obuhvatala izvorišta Jelah, Tešanj kojim se snabdijevalo šire područje Općine Tešanj u tadašnjim teritorijalnim granicama.

Imajući u vidu navedeno, predlažu da Ustavni sud Federacije, u cijelosti zahtjev podnosioca odbije kao neosnovan.

6. Relevantno pravo

6.1. Ustav Federacije Bosne i Hercegovine

Član IV.C.3.10. (3)

(3) Zaštitu prava na lokalnu samoupravu osigurava Ustavni sud. Takav postupak pred Ustavnim sudom mogu pokrenuti općine i gradovi, kao i udruženja općina i gradova Federacije Bosne i Hercegovine. Ustavni sud odlučuje o sporovima između jedinica lokalne samouprave i kantona ili Federacije na zahtjev općinskog ili gradskog vijeća, načelnika općine ili gradonačelnika grada, ili udruženja općina i gradova Federacije Bosne i Hercegovine.

Član VI. 1 a)

U vršenju svojih nadležnosti svaka općina:

- a) preduzima mjere u cilju osiguranja zaštite prava i sloboda utvrđenih u članovima II.A. 1. do 7. i u instrumentima navedenim u Aneksu.

Član VI. 2. (1)

U općinama se ostvaruje lokalna samouprava.

6.2. Evropska povelja o lokalnoj samoupravi

Član 3.

1. Pod lokalnom samoupravom podrazumijeva se pravo i mogućnost lokalnih jedinica da, u okvirima određenim zakonom, uređuju i upravljaju, uz vlastitu odgovornost i u interesu lokalnog stanovništva, bitnim dijelom javnih poslova.

2. Ovo će se pravo provoditi preko vijeća ili skupština sastavljenih od članova izabranih na slobodnim i neposrednim izborima, tajnim glasanjem na osnovu općeg i jednakog biračkog prava. Ova tijela mogu imati izvršna tijela koja su im odgovorna. Ova odredba se ne može ni na koji način smatrati ograničavajućom u odnosu na primjenu zborova građana, referendumu ili drugog oblika neposrednog sudjelovanja građana tamo gdje je to zakonom dopušteno.

Član 4. stav 1. tač. 1., 2, 4. i 6.

Djelokrug lokalne samouprave

1. Osnovna prava i dužnosti lokalnih vlasti bit će utvrđeni ustavom ili statutom, time se, međutim, ne sprječava prenošenje na lokalne vlasti prava i odgovornosti za specifične zadatke, u skladu sa zakonom.
2. Lokalne vlasti će, u granicama zakona, imati puno diskreciono pravo da provode svoje inicijative u vezi sa svim stvarima koje nisu isključene iz njihove nadležnosti, niti stavljene u nadležnost neke druge vlasti.
3.
4. Prava povjerena lokalnim vlastima će po pravilu biti puna i isključiva. Ona ne smiju biti uskraćena ili ograničena od strane neke druge centralne ili regionalne vlasti, osim u slučajevima predviđenim zakonom.

5.

6. Lokalne vlasti će biti konsultovane, u najvećoj mogućoj mjeri, pravovremeno i na odgovarajući način, u procesu planiranja i donošenja odluka o svim stvarima koje ih se direktno tiču.

6.3. Zakon o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine

(„Službene novine Federacije BiH“, br. 49/06 i 51/09)

Član 2.

Lokalna samouprava podrazumijeva pravo i osposobljenost jedinica lokalne samouprave da, u granicama zakona, regulišu i upravljaju određenim javnim poslovima na osnovu vlastite odgovornosti i u interesu lokalnog stanovništva.

Član 8. st. 1., 2., i 3. alineja 11.

Jedinica lokalne samouprave ima vlastite nadležnosti ustanovljene ustavom i zakonom i ima pravo baviti se svim pitanjima od lokalnog značaja koja nisu isključena iz njene nadležnosti, niti dodijeljena u nadležnost neke druge vlasti na osnovu ustava i zakona.

Ona će biti samostalna u odlučivanju o pitanjima iz vlastitih nadležnosti, koje ne mogu biti ograničene ili uskraćene od federalnih ili kantonalnih vlasti, osim u slučajevima i u okvirima utvrđenim ustavom i zakonom.

U vlastite nadležnosti jedinice lokalne samouprave posebno spadaju:

-.....;

- upravljanje, finansiranje i unapređenje djelatnosti i objekata lokalne komunalne Infrastrukture.

Član 56. stav 1.

Federalne, odnosno kantonalne vlasti dužne su u najvećoj mogućoj mjeri konsultovati jedinice lokalne samouprave u postupku donošenja propisa koji ih se izravno tiču.

6.4. Zakon o vodama („Službene novine Federacije BiH“, broj: 70/06)

Član 21.

(Upravljanje vodama)

Upravljanje vodama je u nadležnosti Bosne i Hercegovine, Federacije, kantona, grada i općina, na način utvrđen ovim i federalnim zakonom.

Član 222.
Kantonalni propisi

(1) Kantoni su dužni odredbe kantonalnog zakona o vodama uskladiti sa odredbama ovog Zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Zakona.

(2) Zakonima kantona regulišu se pitanja organizacije i načina obavljanja poslova koji su ovim Zakonom stavljeni u nadležnost kantona.

6.5. Zakon o konstituisanju novih općina u Federaciji Bosne i Hercegovine i izmjeni područja općina podijeljenih međuentitetskom i međukantonalmom linijom („Službene novine Federacije BiH“, broj: 6/98) .

Član 10.

Područje Općine Usora čine naseljena mjesta: Alibegovići, Bejići, Omanjska, Sivša, Srednja Omanjska, i Ularice i područje dijela naseljenog mjesta Makljenovac, koji je ušao u sastav Federacije . Područja naseljenih mjesta: Bejići, Omanjska, Sivša i Srednja Omanjska bila su u sastavu Općine Doboje. Općinu Usora čine dijelovi naseljenih mjesta: Miljanovići, i Novi Miljanovići (Filipovići i Kovačići), Žabljak i Tešanjka sa površinom, opisom granica i topografskom kartom koji čine sastavni dio ovog zakona, a koji su bili u sastavu Općine Tešanj. Privremeno sjedište Općine Usora je u naseljenom mjestu Sivša. Konačnu odluku o sjedištu Općine Usora donijet će Općinsko vijeće Općine Usora, nakon provedenih lokalnih izbora.

6.6. Ustav Zeničko-dobojskog kantona

Član 10.

U ostvarivanju svojih nadležnosti Kanton:

a) preduzima sve potrebne mjere zaštite ljudskih prava i sloboda utvrđenih u članovima II. A. 1. Do 7. i predviđenih u instrumentima u Aneksu Ustava Federacije i djeluje u skladu sa Ustavom Federacije i ovim Ustavom;

6.7. Zakon o vodama Zeničko-dobojskog kantona

(„Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 17/07).

Član 10.
Vlasništvo nad objektima

(1) Zaštitni vodni objekti iz člana 9. stava (1) tačka 1. ovog zakona, na vodotocima koji pripadaju površinskim vodama II kategorije i uređena korita u urbanim područjima na površinskim vodama I kategorije u vlasništvu su općine.

(2) Općina može pravo upravljanja i korištenja prenijeti u nadležnost drugih tijela vlasti, pravnih lica ili drugih institucija u opsegu i na način propisan ovim zakonom ili aktima općine.

(3) Općina je dužna osigurati materijalne i organizacijske uslove za održavanje objekata iz stava (1) ovog člana u funkcionalnom stanju i da se oni koriste u skladu sa njihovom prirodom i namjenom, kao i čuvanje od uništenja, oštećenja odnosno nenamjenskog korištenja.

Član 15.
(Upravljanje vodama)

Upravljanje vodama na području Kantona u nadležnosti je Kantona i općina, na način utvrđen ovim i federalnim zakonom.

Član 40.
(Odluka o zaštiti izvorišta)

(1) Zone sanitarne zaštite i zaštitne mjere utvrđuje općinska služba uprave ovlaštena za vode (u daljem tekstu: Općinska služba) na čijem se području nalazi izvorište.

(2) Odluku o zaštiti izvorišta čije se zone sanitarne zaštite prostiru na području jedne općine donosi općinsko vijeće.

(3) Odluku o zaštiti izvorišta čije se zone sanitarne zaštite prostiru na području više općina u sastavu Kantona donosi Vlada Kantona.

6.8. Odluka o zonama sanitarne zaštite i zaštitnim mjerama vodozahvata „Jelah polje“ Općina Tešanj
(„Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 13/10)

Član 1.
(Predmet)

Ovom odlukom utvrđuju se zone sanitarne zaštite i zaštitne mjere izvorišta vode za piće sa vodozahvata „Jelah polje“ (u daljem tekstu: izvorište), sa kojeg se vrši snabdijevanje vodom za piće potrošača na području Općine Tešanj. Veličina i granice zona sanitarne zaštite detaljan opis granica po pojedinim zaštitnim zonama, detaljan opis mjera po pojedinim zaštitnim zonama, odredbe o vršenju nadzora nad sprovođenjem režima zaštite, rokove za uspostavljanje pojedinih mjera, kaznene odredbe i druga pitanja od interesa za sprovođenje sanitarne zaštite izvorišta.

Član 2.
(Lokacija izvorišta)

Izvorište je locirano 2 km sjeverno od Jelaha, a čine ga 6 bunara međusobno udaljenih 200 do 300 m. Bunari B-1, B-2 i B-3 locirani su na teritoriji Općine Tešanj, a bunari B-4, B-5 i B-6 na teritoriji Općine Usora.

Izvorište iz stava 1. ovog člana je izvorište podzemnih voda u izdanima intergranularne poroznosti.

Član 7. stav 1.
(Područje i granice I zaštitne zone)

Prva zaštitna zona izvorišta „Jelah polje“ podijeljena je na Ia i Ib zaštitnu zonu i nalazi se na području općina Tešanj i Usora.

Član 8.
(Vlasništvo nad zemljištem I zaštitne zone)

- (1) Područje I zaštitne zone je u Općini Tešanj i Općini Usora.
- (2) Općine Tešanj i Usora će u skladu sa Zakonom o eksproprijaciji („Službene novine Federacije BiH“, broj: 70/07), regulisati pitanje imovinsko-pravnih odnosa sa eventualnim vlasnicima zemljišta na području I zaštitne zone, ukoliko isto nije urađeno do sada.

Član 10.
(Vlasništvo nad objektima u I zaštitnoj zoni)

- (1) Vodni i drugi objekti iz člana 9. ove odluke i njima pripadajuća oprema u vlasništvu su J.P „Rad“ d.d. Tešanj, koje gazduje cjelovitim sistemom javnog vodosnabdijevanja. Uz ove objekte, u nadležnosti J.P „Rad“ d.d. Tešanj su i objekti za kondicioniranje voda, kao i kompletna distributivna mreža.
- (2) Općina Tešanj je mjerodavna za sprovođenje svih zaštitnih mjera propisanih ovom odlukom na području I zaštitne zone.

Član 13. stav 1.

Pristup na područje I zaštitne zone

- (1) Pristup na područje I zaštitne zone dozvoljen je samo ovlaštenim licima, što uključuje zaposlenike JP „RAD“ d.d. Tešanj, koji stalno ili povremeno rade na objektima unutar ove zone i mjerodavnim inspeksijskim organima u toku vršenja redovitih ili izvandrednih kontrola ove zone, kao i drugim licima, uz posebno odobrenje Općine Tešnja, odnosno JP „RAD“ d.d. Tešanj.

Član 15. stav 2. tačka 5.
(Mjere zaštite u Ib zaštitnoj zoni)

Službe uprave općina Tešanj i Usora će način optimalnog korištenja poljoprivrednog zemljišta u prvoj zaštitnoj zoni, a posebno upotrebu vještačkog đubriva, definisati zasebnim programom. Smanjenje prinosa zemljoposjednicima koji se bave poljoprivrednom djelatnošću, treba refundirati kroz poreske olakšice i subvencije.

6.9. Statut Općine („Službeni glasnik Općine Usora“, broj: 2/08)

Član 12. alineje 8. i 9.

Općina obavlja poslove kojima se izravno ostvaruju potrebe građana, i to naročito poslove koji se odnose na:

- utvrđivanje i vođenje politike raspolaganja, korištenja i upravljanja građevinskim zemljištem
- utvrđivanje politike upravljanja i raspolaganja imovinom Općine.

7. Činjenično stanje i stav Suda

Nakon izvršenog uvida u podneseni zahtjev za zaštitu prava na lokalnu samoupravu, odgovor na zahtjev i druge dokaze koji su bitni za odnošenje osporene Odluke, Ustavni sud Federacije je utvrdio, da je Vlada Ze-do kantona donijela osporenu Odluku sa pozivom na član 40. stav 3. Zakona o vodama Zeničko-dobojskog kantona koji je objavljen u „Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 17/07 i član 43. stav 1. Pravilnika o uslovima za određivanje zona sanitarne zaštite i zaštitnih mjera za izvorišta voda koje se koriste ili planiraju da se koriste za piće, koji je objavljen u „Službenim novinama Federacije BiH“, broj: 51/02 (isti Pravilnik donesen je na osnovu Zakona o vodama koji je objavljen u „Službenim novinama Federacije BiH“, broj: 18/98. Treba naglasiti da je primjena tog Pravilnika prestala donošenjem novog Zakona o vodama Federacije Bosne i Hercegovine u 2006. godini, odnosno donošenjem provedbenih propisa na osnovu novog zakona. Iz ovog proizilazi, da isti nije mogao biti osnov za donošenje osporene Odluke, niti su pojedina rješenja mogla biti uređena na način kako je to regulisano u Pravilniku).

Osporena Odluka uređuje zone sanitarne zaštite i zaštitne mjere izvorišta vode za piće sa vodozahvata „Jelah-polje“ Općina Tešanj, sa kojeg se snabdijevaju vodom za piće samo potrošači na području Općine Tešanj. Lokacija izvorišta „Jelah polja“ bunari, B-1, B-2, B-3, locirani su na području Općine Tešanj, a bunari, B-4, B-5,

B-6 na području Općine Usora. Zone sanitarne zaštite (I zaštitna zona, II zaštitna zona i III zaštitna zona), predstavljene su i označene katastarskim česticama, grafički prikazane i nalaze se na području jedne i druge općine. Mjere zaštite na području zaštitnih zona poduzimaju službe uprave općine Usora i Tešanj, na način da se korištenje tog zemljišta definiše kroz poseban program zaštite zbog smanjenja prinosa vlasnicima zemljišta koji se bave poljoprivrednom djelatnošću. Taj program zaštite treba da donesu općine, a bazirat će se na poreskim olakšicama i subvencijama. Osporenim Odlukom stvorena je obaveza jednoj i drugoj općini da reguliše pitanje imovinsko-pravnih odnosa sa vlasnicima zemljišta u II i III zaštitnoj zoni u skladu sa Zakonom o eksproprijaciji („Službene novine Federacije BiH“, broj: 70/07). Objekti iz I zaštitne zone nalaze se na području Općine Usora i Općine Tešanj, a čini ih šest bunara, pumpe, zajednički potisni vod sa priključnim cjevovodom, objekti za kondicioniranje vode i kompletna distributivna mreža. Svi pomenuti i drugi objekti u vlasništvu su JP „Rad“, d.d. Tešanj, a za sprovođenje svih zaštitnih mjera bez obzira gdje se oni nalaze, nadležne su službe za upravu Općine Tešanj. Isto tako, uređivanje prostora u okviru I i II zaštitne zone, te pristup tim zonama koje se takođe prostiru na području jedne i druge općine, u nadležnosti je službi za upravu Općine Tešanj i JP „Rad“ d.d. Tešanj.

Analizom naprijed navedenih rješenja u osporenoj Odluci utvrđeno je, da ista reguliše sanitarnu zaštitu vode za piće samo za potrošače na području Općine Tešanj i da se sa istih izvorišta odnosno bunara koji se nalaze na području jedne i druge općine, vodom ne snabdijevaju potrošači sa područja Općine Usora. Obaveze utvrđene radi sprovođenja osporene Odluke, proizilaze kako za Općinu Tešanj tako i za Općinu Usora, koja je konstituisana u skladu sa Zakonom o konstituiranju novih općina u Federaciji Bosne i Hercegovine i izmjeni područja općina podijeljenih međuentiteskom i međukantonalnom linijom („Službene novine Federacije BiH“, broj: 6/98), i ima status jedinice lokalne samouprave. Izvorište Jelah polje –Tešanj, koje tretira osporena Odluka, zaštitne zone, vodni i drugi objekti koji se nalaze i na području Općine Usora, vlasništvo su JP „RAD“ d.d. Tešanj koje jedino ima pristup pomenutim objektima kao i nadležni organi Općine Tešanj. Iz naprijed navedenog proizilazi, da imovinom i sredstvima koja se nalaze na teritoriji Općine Usora, upravljaju organi sa područja druge općine, a utvrđena je i obaveza da u skladu sa Zakonom o eksproprijaciji, Općina Usora uredi imovinsko-pravne odnose sa vlasnicima zemljišta koji se nalaze na području u I, II i III zaštitnoj zoni. Pored toga, Općini Usora kao jedinici lokalne samouprave stvorena je obaveza bez njene saglasnosti, da zbog smanjena prinosa

od poljoprivrednog zemljišta vlasnicima tog zemljišta, koji se nalaze na njenoj teritoriji, refundira određena finansijska sredstva kroz poreske olakšice i određene subvencije, što stvara konkretne obaveze u Budžetu Općine za svaku godinu, i na taj način otežava joj da izvršava obaveze koje su utvrđene zakonima i Statutom Općine. Iz priložene dokumentacije nije se moglo utvrditi, da je Općina Usora pravo upravljanja i korištenja prenijela na neko drugo pravno lice ili tijelo uprave druge Općine. Mogućnost i način prenosa nadležnosti utvrđen je članom 10. Zakona vodama Zeničko-dobojskog kantona („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“ broj: 17/07), međutim ta procedura u konkretnom slučaju nije provedena od strane nadležnih organa Općine Usora, niti u tom pogledu postoje bilo kakvi dokazi koji bi opravdali rješenja u osporenoj Odluci.

Isto tako, za sve utvrđene obaveze u postupku donošenja izostale su bilo kakve konsultacije i saradnja sa nadležnim organima vlasti u Općini Usora, kako je to propisano u odredbama Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 49/06 i 51/09). Naprijed navedeno utvrđeno je iz odgovora Ministarstva za poljoprivredu, šumarstvo i vodoprivredu Zeničko-dobojskog kantona, broj:05-14-501-1/11 od 12.01.2011. godine koje je dostavljeno Načelniku Općine Usora. U istom odgovoru je navedeno, da javna rasprava na području Općine Tešanj i Općine Usora nije provedena, jer takva obaveza nije predviđena u Zakonu o vodama Zeničko-dobojskog kantona i u Pravilniku o uslovima za određivanje zona sanitarne zaštite i zaštitnih mjera za izvorišta voda koje se koriste ili planiraju da koriste za piće. Iz tih razloga, a imajući u vidu opredjeljenja u pomenutim zakonima, te rješenja u Statutu Općine, prema kojima je općina nadležna da upravlja i raspolaže svojom imovinom, Ustavni sud Federacije smatra, da je osporenim Odlukom povrijeđeno pravo na lokalnu samoupravu Općine Usora.

Pored odredbi Zakona o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine, Ustavni sud Federacije analizirao je i član VII.3. Ustava Federacije Bosne i Hercegovine kojim je propisano, da međunarodni ugovori i drugi sporazumi koji su na snazi u Bosni i Hercegovini i Federaciji Bosne i Hercegovine, te opća pravila međunarodnog prava, čine dio zakonodavstva Federacije Bosne i Hercegovine. Evropska povelja o lokalnoj samoupravi, kao akt međunarodnog prava, ratifikovana je 1994. godine, kada je i stupila na snagu i od tada su njene odredbe sastavni dio zakonodavstva Federacije Bosne i Hercegovine. U članu 4. stav 6. Evropske povelje o lokalnoj samoupravi regulisano je da će lokalne vlasti biti konsultovane, u najvećoj mogućoj mjeri, pravovremeno i

на одговарајући начин, у процесу планирања и donošenja odluka о свим стварима које их се директно тичу. Navedeni princip Evropske povelje о локалној самоуправи нису slijedila rješenja у osporenoj Odluci, imajući у vidu да Općina Usora ни на који начин није могла да utječe на predložena rješenja, stvorene obaveze, usvojena rješenja да imovinom која се nalazi на njenoj teritoriji upravlja JP „Rad“ d.d. Tešanj, pravno lice са teritorije druge općine и да Općina Tešanj на njenom prostoru vrši inspeksijski nadzor у sprovođenju mjera sanitarne zaštite које су propisane osporenom Odlukom. Iz tih razloga Ustavni sud Federacije smatra, да, и кад је у pitanju primjena Evropske povelje о локалној самоуправи, postoji povreda prava на локалну самоуправу, Općine Usora.

Ovu presudu Ustavni sud Federacije је donio jednoglasno у sastavu: Domin Malbašić, Predsjednik Suda, Vesna Budimir, Mirjana Čučković, mr.sc. Šahbaz Džihanović, Aleksandra Martinović, prof. dr. Edin Muminović и dr.sc. Kata Senjak, судије Suda.

Broj: U-82/14

23.07.2015. године
Sarajevo

Predsjednik

Ustavnog suda Federacije
Bosne i Hercegovine
Domin Malbašić, s.r.

310.

Уставни суд Федерације Босне и Херцеговине, одлучујући о захтјеву Начелника Општине Усора за заштиту права на локалну самоуправу, у вези Одлуке о зонама санитарне заштите и заштитним мјерама водозавата „Јелак поље“ – Општина Тешањ, на основу члана IV.Ц. 3.10. (3) Устава Федерације Босне и Херцеговине, у вези са Амандманом ХCVI на Устав Федерације Босне и Херцеговине, на сједници без јавне расправе одржаној дана 07.07.2015. године, донио је

ПРЕСУДУ

Утврђује се да је Одлуком о зонама санитарне заштите и заштитним мјерама водозавата „Јелак поље“ - Општина Тешањ („Службене новине Зеничко-добојског кантона“, број: 13/10) повријеђено право на локалну самоуправу Општине Усора.

Пресуду објавити у „Службеним новинама Федерације БиХ“ и „Службеним новинама Зеничко-добојског кантона“.

Образложење

1. Подносилац захтјева и предмет захтјева

Начелник Општине Усора (у даљем тексту: подносилац захтјева) поднио је дана 01.12.2014. захтјев и прецизирани захтјев 30.03.2015. године Уставном суду Федерације Босне и Херцеговине (у даљем тексту: Уставни суд Федерације) за заштиту права на локалну самоуправу, у вези Одлуке о зонама санитарне заштите и заштитним мјерама водозавата „Јелак поље“ Општина Тешањ (у даљем тексту: оспорена Одлука).

Према члану IV.Ц.3.10. (3), односно Амандману ХCVI на Устав Федерације Босне и Херцеговине, подносилац захтјева овлашћен је за покретање поступка за заштиту права на локалну самоуправу пред Уставним судом Федерације.

2. Странке у поступку

У складу са чланом 39. Закона о поступку пред Уставним судом Федерације Босне и Херцеговине („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 6/95 и 37/03), странке у поступку у овом уставносудском предмету су: Начелник Општине Усора (у даљем тексту: подносилац захтјева) и Влада Зеничко-добојског кантона (у даљем тексту: Влада Зе-до кантона), као доносилац оспорене Одлуке.

3. Битни наводи подносиоца захтјева

Подносилац захтјева је дана 01.12.2014. године и 30.03.2015. године, поднио захтјев и прецизирани захтјев за заштиту права на локалну самоуправу, а дана 21.05.2015. године ургенцију за приоритетно рјешавање истог предмета. У основном захтјеву наводи, да је Влада Зе-до кантона, дана 24.11.2010. године донијела оспорену Одлуку супротно одредбама члана 2. Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 49/06 и 51/09), из разлога што се према тим одредбама даје право јединицама локалне самоуправе да, у границама закона, регулишу и управљају одређеним јавним пословима на основу властите одговорности и у интересу локалног становништва. Повреда права на имовину, према подносиоцу захтјева огледа се у одредбама члана 2. став 1. оспорене Одлуке, која се односи на локацију изворишта који гласи: “Извориште је лоцирано два км сјеверно од Јелаха, а чине га шест бунара међусобно удаљених 200 до 300 м. Бунари Б-1, Б-2 и Б-3

лоцирани су на територији Општине Тешањ, а бунари Б-4, Б-5 и Б-6, на територији Општине Усора“. Истиче, да је одредбама члана 10. оспорене Одлуке, прописано да се водни и други објекти и њима припадајућа опрема налази у власништву Ј.П.„Рад“ д. д. Тешањ, који газдује цјеловитим системом јавног водоснабдијевања. Уз ове објекте, у надлежности Ј.П. „Рад“ д.д. Тешањ су и објекти кондицирања вода, као и комплетна дистрибутивна мрежа. Према наводима подносиоца захтјева, на територији Општине Усора налази се такођер јавно предузеће, које се бави комуналним дјелатностима, те тако ова општина може пренијети газдовање водоизвориштима који се налазе на територији Општине Усора на јавно предузеће „Усора“ д.о.о Усора.

Подносилац захтјева истиче, да се у оспореној Одлуци у члану 1. који регулише шта је предмет регулисања, не спомиње Општина Усора, мада се заштитне зоне протежу већим дијелом на ову општину, те да је Општина Усора конституисана на основу члана 10. Закона о конституисању нових општина у Федерацији Босне и Херцеговине и измјени подручја општина подијељених међуентитетском и међукантоналном линијом („Службене новине Федерације БиХ“, број: 6/98). Оспорена Одлука супротна је и одредби члана 8. Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине, којим је између осталог прописано, да је у надлежности општина да управљају објектима комуналне инфраструктуре. Подносилац захтјева истиче и непоштивање националног интереса конститутивног народа, позивајући се на заштиту, чије заснивање види у одредбама Устава Федерације Босне и Херцеговине. Сматра, да се оспореном Одлуком нарушава територијални интегритет и суверенитет јединице локалне самоуправе, у односу на имовину Општине Усора. Изворишта вода и то бунари Б-4., Б-5., и Б-6., која се налазе на територији Општине Усора, општина нема приступ, а становништво могућност да се снабдијева водом са наведених изворишта. Истиче, да је прва заштитна зона изворишта Јелак-поље подијељена на I а и I б заштитну зону и налази се на подручјима општина Тешањ и Усора. Заштитна зона I а, обухвата зону бунара која се налази на територији Општине Усора, а Одлуком је прописана забрана приступа свим неовлашћеним лицима са територије Општине Усора. Подручје друге заштитне зоне налази се дијелом у Општини Тешањ, другим дијелом у Општини Усора, док је подручје III заштитне зоне, такођер већим дијелом на подручју Општине Усора, и на истом је забрањено извођење радова, изградња објеката и обављање радњи у вези ограђивања воде изворишта, што је прописано у члану 22.

Истиче, да оспореном Одлуком власници парцела у обухвату заштитних зона трпе штету, јер им се ограничава право власништва, што је супротно законским одредбама јер Зеничко-добојски кантон, нема овласти да поступа на овај начин. Оспореном Одлуком прописано је, да се са наведених изворишта питком водом снабдијевају становници Општине Тешањ, док становници Општине Усора немају ријешен проблем водоснабдијевања, на који начин се врши дискриминација у односу на ову општину. Из тих разлога оспореном Одлуком онемогућено је Општини Усора да располаже својом имовином, у смислу одредаба Закона о стварним правима („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 66/13 и 100/13), јер према одредбама овог закона, вода је добро од општег интереса и власништво је општине, на чијој територији се налази. Наводи, да се то право власнику може одузети, само ако је у питању јавни интерес. Исто тако сматра, да је одредбама члана 43. Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине дата могућност, да се јавност и грађани путем референдума изјасне и добију сагласност у вези воде и водоснабдијевања свих општина, па и Општине Усора.

Исто тако се наводи, да се захтјев заснива на одредбама члана 3. Европске повеље о локалној самоуправи и члану 2. Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине, истичући између осталог да је право јединица локалне самоуправе да у оквирима, који су законом одређени, уређују и управљају у корист локалног становништва битне јавне послове. Наводи, да се од шест бунара три налазе на подручју Општине Усора, а газдовање над системом водоснабдијевања припада ЈП „Рад“ Тешањ што представља дискриминацију за становнике Општине Усора. Истиче разграничење и формирање нових општина, према Закону о конституисању нових општина у Федерацији Босне и Херцеговине и измјени подручја општина подијељених међуентитетском и међукантоналном линијом, према којем по подносиоцу захтјева Општини Усора припадају три бунара: Б-4, Б-5 и Б-6. Наводи и члан 40. став 2. Закона о водама Федерације Босне и Херцеговине, којим је прописана надлежност за доношење одлука за утврђивање водозаштитних зона, која припада јединицама локалне самоуправе, тако да Влада Зе-до кантона поврјеђује право на локалну самоуправу Општине Усора у односу, на наведена три бунара која су на њеној територији, а Општина Усора их не може користити.

Напомиње, да је оспореном Одлуком грађанима Општине Усора ускраћено право на снабдијевање општине питком водом, да је оспорена Одлука

донесена без консултовања Општине Усора и њеног активног учешћа при самој изради, да су дате и створене обавезе које она не може прихватити из разлога што се врши располагање њеном имовином на њеној територији од стране других правних лица и стварају финансијске обавезе које она не може прихватити. Поред наведених прописа повријеђена је и одредба члана 4. тачка 6. Европске повеље о локалној самоуправи.

Предлаже, да Уставни суд Федерације утврди, да је Општини Усора учињена повреда права на локалну самоуправу од стране Владе Зе-до кантона, доношењем оспорене Одлуке, од 28.12.2010. године, у вези одредаба члана 7. став 3., члана 9. став 3., члана 14. став 1. тачка 3., члана 15. став 3., члана 40. став 2. Закона о водама Федерације Босне и Херцеговине, затим члана 8., члана 9. став 3. алинеја 1., чл. 10., 15. и 105. Закона о водама Зеничко-добојског кантона, чл. 3. и 4., а у вези са чланом 8. став 3. алинеја 11. тачка 1. Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине и члана 3. став 1. а) Закона о комуналним дјелатностима Зеничко-добојског кантона, те се тражи преношење надлежности у вези водоснабдијевања са кантоналне на општинску власт и то бунари: Б-4., Б-5. и Б-6. на територију Општине Усора.

5. Битни наводи одговора на захтјев

У складу са чланом 16. Закона о поступку пред Уставним судом Федерације Босне и Херцеговине ("Службене новине Федерације БиХ", бр.: 6/95 и 37/03), Уставни суд Федерације је дана 08.12.2014. године, позвао Владу Зе-до кантона, да се као друга странка у поступку, изјасни о садржају захтјева подносиоца.

Уставном суду Федерације у остављеном року достављен је одговор на поднесени захтјев. У одговору, Влада Зе-до кантона истиче, да су нетачни наводи подносиоца захтјева, да власништво над водом има општина на чијем подручју се налази водозахват, с обзиром на одредбе члана 3. Закона о водама, према којем су воде опште добро и као такве под посебном заштите Босне и Херцеговине, Федерације, кантона, града и општине. Из тога произилази, да воде не могу бити и нису нечије власништво, а чланом 45. је прописано да је свакоме дозвољено коришћење воде, под условима утврђеним законом, у складу са водном дозволом, што прописују одредбе члана 47. Закона о водама Федерације Босне и Херцеговине. Везано за наводе подносиоца, да се оспореном Одлуком задира у територијални интегритет и суверенитет локалне

самоуправе, у одговору се истиче, да оспореном Одлуком није угрожен територијални интегритет нити суверенитет Општине Усора, него је само утврђена санитарна заштита и мјере заштите у њима, све у циљу заштите воде, у складу са Законом о водама и Правилником о начину утврђивања зона санитарне заштите и заштитних мјера за изворишта воде за јавно водоснабдијевање становништва („Службени новине Федерације БиХ“, број: 51/02).

У одговору се даље наводи, да Министарство за пољопривреду, шумарство и водопривреду Зе-до кантона, није било у обавези проводити јавну расправу у поступку доношења оспорене Одлуке, јер је оспорена Одлука настала као производ стручног елабората и резултат истраживања хидро-геолошких карактеристика сливног подручја, хидро-динамичких и хидро-геолошких параметара за одређивање заштитних зона, како је регулисано одредбама чл. 43., 44. и 45. наведеног Правилника, независно од административних граница општина, кантона, из разлога што административна подјела једино утјече на надлежност органа за доношење одлуке о зонама санитарне заштите.

Везано за наводе подносиоца захтјева, да су оспореном Одлуком прописана ограничења власништва над земљиштем, те да је према подносиоцу захтјева то супротно Закону, сматрају да то није прихватљиво јер, власништво над земљиштем које се налази у обухвату заштитних зона није оспорено, већ су само утврђене мјере заштите, прописане наведеним Правилником, без обзира на власништво које није оспорено. Наводи, да бунари Б-4, Б-5 и Б-6 припадају Општини Усора, те тврдња да су њено власништво неправилни су, јер је оспореном Одлуком регулисано стварање цјеловитог система водоснабдијевања, који је изграђен прије доношења Закона о конституисању нових општина и измјени подручја општина подијељених међуентитетском и међукантоналном линијом. Доношењем оспорене Одлуке и регулисањем заштитних зона како је то прописано, Општина Усора није у дискриминирајућем положају у односу на Општину Тешањ, како то подносилац захтјева наводи. Исто тако, у одговору се наводи да је чланом 17. Закона о водама, регулисано власништво над водним објектима, а становништву Општине Усоре никада није оспорено прикључивање на систем водоснабдијевања.

У одговору који је достављен на прецизирани захтјев истакнуто је да Влада Зе-до кантона у потпуности остаје код одговора који је достављен од стране Министарства за пољопривреду, шумарство и

водопривреду Зе-до кантона број: 05-14-501-2/11 од 09.01.2015. године са напоменом, да достављају и Одлуку о заштитним зонама изворишта водовода за Јелах и Тешањ-Буква, која је донесена 1983. године од стране Скупштине Општине Тешањ и да је та одлука обухваћала изворишта Јелах, Тешањ којим се снабдијевало шире подручје Општине Тешањ у тадашњим територијалним границама.

Имајући у виду наведено, предлажу да Уставни суд Федерације, у цијелости захтјев подносиоца одбије као неоснован.

6. Релевантно право

6.1. Устав Федерације Босне и Херцеговине

Члан IV.Ц.3.10. (3)

(3) Заштиту права на локалну самоуправу осигурава Уставни суд. Такав поступак пред Уставним судом могу покренути општине и градови, као и удружења општина и градова Федерације Босне и Херцеговине. Уставни суд одлучује о споровима између јединица локалне самоуправе и кантона или Федерације на захтјев општинског или градског вијећа, начелника општине или градоначелника града, или удружења општина и градова Федерације Босне и Херцеговине.

Члан VI. 1 а)

У вршењу својих надлежности свака општина:

- а) предузима мјере у циљу осигурања заштите права и слобода утврђених у члановима II.А. 1. до 7. и у инструментима наведеним у Анексу.

Члан VI. 2. (1)

У општинама се остварује локална самоуправа.

6.2. Европска повеља о локалној самоуправи

Члан 3.

1.Под локалном самоуправом подразумијева се право и могућност локалних јединица да, у оквирима одређеним законом, уређују и управљају, уз властиту одговорност и у интересу локалног становништва, битним дијелом јавних послова.

2.Ово ће се право проводити преко вијећа или скупштина састављених од чланова изабраних на слободним и непосредним изборима, тајним гласањем

на основу општег и једнаког бирачког права. Ова тијела могу имати извршна тијела која су им одговорна. Ова одредба се не може ни на који начин сматрати ограничавајућом у односу на примјену зборова грађана, референдума или другог облика непосредног судјеловања грађана тамо гдје је то законом допуштено.

Члан 4. став 1. тач. 1., 2, 4. и 6.

Дјелокруг локалне самоуправе

1. Основна права и дужности локалних власти бит ће утврђени уставом или статутом, тиме се, међутим, не спречава преношење на локалне власти права и одговорности за специфичне задатке, у складу са законом.
2. Локалне власти ће, у границама закона, имати пуно дискреционо право да проводе своје иницијативе у вези са свим стварима које нису искључене из њихове надлежности, нити стављене у надлежност неке друге власти.
3.
4. Права повјерена локалним властима ће по правилу бити пуна и искључива. Она не смију бити ускраћена или ограничена од стране неке друге централне или регионалне власти, осим у случајевима предвиђеним законом.
5.
6. Локалне власти ће бити консултоване, у највећој могућој мјери, правовремено и на одговарајући начин, у процесу планирања и доношења одлука о свим стварима које их се директно тичу.

6.3. Закон о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине

(„Службене новине Федерације БиХ“, бр. 49/06 и 51/09)

Члан 2.

Локална самоуправа подразумијева право и оспособљеност јединица локалне самоуправе да, у границама закона, регулишу и управљају одређеним јавним пословима на основу властите одговорности и у интересу локалног становништва.

Члан 8. ст. 1., 2., и 3. алинеја 11.

Јединица локалне самоуправе има властите надлежности установљене уставом и законом и има право бавити се свим питањима од локалног значаја

која нису искључена из њене надлежности, нити додијељена у надлежност неке друге власти на основу устава и закона.

Она ће бити самостална у одлучивању о питањима из властитих надлежности, које не могу бити ограничене или ускраћене од федералних или кантоналних власти, осим у случајевима и у оквирима утврђеним уставом и законом.

У властите надлежности јединице локалне самоуправе посебно спадају:

-.....;

- управљање, финансирање и унапређење дјелатности и објеката локалне комуналне инфраструктуре

Члан 56. став 1.

Федералне, односно кантоналне власти дужне су у највећој могућој мјери консултовати јединице локалне самоуправе у поступку доношења прописа који их се изравно тичу.

6.4. Закон о водама („Службене новине Федерације БиХ“, број: 70/06)

Члан 21.

(Управљање водама)

Управљање водама је у надлежности Босне и Херцеговине, Федерације, кантона, града и општина, на начин утврђен овим и федералним законом.

Члан 222.

Кантонални прописи

(1) Кантони су дужни одредбе кантоналног закона о водама ускладити са одредбама овог Закона у року од шест мјесеци од дана ступања на снагу овог Закона.

(2) Законима кантона регулишу се питања организације и начина обављања послова који су овим Законом стављени у надлежност кантона.

6.5. Закон о конституисању нових општина у Федерацији Босне и Херцеговине и измјени подручја општина подијељених међуентитетском и међукантоналном линијом („Службене новине Федерације БиХ“, број: 6/98) .

Члан 10.

Подручје Општине Усора чине насељена мјеста: Алибеговићи, Бејићи, Омањска, Сивша, Средња Омањска, и Уларице и подручје дијела насељеног

мјеста Макљеновац, који је ушао у састав Федерације . Подручја насељених мјеста: Бејићи, Омањска, Сивша и Средња Омањска била су у саставу Општине Добој. Општину Усора чине дијелови насељених мјеста: Миљановићи, и Нови Миљановићи (Филиповићи и Ковачићи), Жабљак и Тешањка са површином, описом граница и топографском картом који чине саставни дио овог закона, а који су били у саставу Општине Тешањ. Привремено сједиште Општине Усора је у насељеном мјесту Сивша. Коначну одлуку о сједишту Општине Усора донијет ће Општинско вијеће Општине Усора, након проведених локалних избора.

6.6. Устав Зеничко-добојског кантона

Члан 10.

У остваривању својих надлежности Кантон:

а) предузима све потребне мјере заштите људских права и слобода утврђених у члановима II. А. 1. до 7. и предвиђених у инструментима у Анексу Устава Федерације и дјелује у складу са Уставом Федерације и овим Уставом;

6.7. Закон о водама Зеничко-добојског кантона („Службене новине Зеничко-добојског кантона“, број: 17/07).

Члан 10.

Власништво над објектима

- (1) Заштитни водни објекти из члана 9. става (1) тачка 1. овог закона, на водотоцима који припадају површинским водама II категорије и уређена корита у урбаним подручјима на површинским водама I категорије у власништву су општине.
- (2) Општина може право управљања и коришћења пренијети у надлежност других тијела власти, правних лица или других институција у опсегу и на начин прописан овим законом или актима општине.
- (3) Општина је дужна осигурати материјалне и организацијске услове за одржавање објеката из става (1) овог члана у функционалном стању и да се они користе у складу са њиховом природом и намјеном, као и чување од уништења, оштећења односно ненамјенског коришћења.

Члан 15.

(Управљање водама)

Управљање водама на подручју Кантона у надлежности је Кантона и општина, на начин утврђен овим и федералним законом.

Члан 40.
(Одлука о заштити изворишта)

- (1) Зоне санитарне заштите и заштитне мјере утврђује општинска служба управе овлашћена за воде (у даљем тексту: Општинска служба) на чијем се подручју налази извориште.
- (2) Одлуку о заштити изворишта чије се зоне санитарне заштите простиру на подручју једне општине доноси општинско вијеће.
- (3) Одлуку о заштити изворишта чије се зоне санитарне заштите простиру на подручју више општина у саставу Кантона доноси Влада Кантона.

6.8. Одлука о зонама санитарне заштите и заштитним мјерама водозахвата „Јелак поље“ Општина Тешањ

(„Службене новине Зеничко-добојског кантона“, број: 13/10)

Члан 1.
(Предмет)

Овом одлуком утврђују се зоне санитарне заштите и заштитне мјере изворишта воде за пиће са водозахвата „Јелак поље“ (у даљем тексту: извориште), са којег се врши снабдијевање водом за пиће потрошача на подручју Општине Тешањ. Величина и границе зона санитарне заштите детаљан опис граница по појединим заштитним зонама, детаљан опис мјера по појединим заштитним зонама, одредбе о вршењу надзора над спровођењем режима заштите, рокове за успостављање појединих мјера, казнене одредбе и друга питања од интереса за спровођење санитарне заштите изворишта.

Члан 2.
(Локација изворишта)

Извориште је лоцирано 2 км сјеверно од Јелаха, а чине га 6 бунара међусобно удаљених 200 до 300 м. Бунари Б-1, Б-2 и Б-3 лоцирани су на територији Општине Тешањ, а бунари Б-4, Б-5 и Б-6 на територији Општине Усора.

Извориште из става 1. овог члана је извориште подземних вода у изданима интергрануларне порозности.

Члан 7. став 1.
(Подручје и границе I заштитне зоне)

Прва заштитна зона изворишта „Јелак поље“

подијељена је на Ia и Ib заштитну зону и налази се на подручју општина Тешањ и Усора.

Члан 8.
(Власништво над земљиштем I заштитне зоне)

- (1) Подручје I заштитне зоне је у Општини Тешањ и Општини Усора.
- (2) Општине Тешањ и Усора ће у складу са Законом о експропријацији („Службене новине Федерације БиХ“, број односа са евентуалним власницима земљишта ј: 70/07), регулисати питање имовинско-правних на подручју I заштитне зоне, уколико исто није урађено до сада.

Члан 10.
(Власништво над објектима у I заштитној зони)

- (1) Водни и други објекти из члана 9. ове одлуке и њима припадајућа опрема у власништву су Ј.П. „Рад“ д.д. Тешањ, које газдује цјеловитим системом јавног водоснабдијевања. Уз ове објекте, у надлежности Ј.П. „Рад“ д.д. Тешањ су и објекти за кондиционирање вода, као и комплетна дистрибутивна мрежа.
- (2) Општина Тешањ је мјеродавна за спровођење свих заштитних мјера прописаних овом одлуком на подручју I заштитне зоне.

Члан 13. став 1.
Приступ на подручје I заштитне зоне

- (1) Приступ на подручје I заштитне зоне дозвољен је само овлашћеним лицима, што укључује запосленике ЈП „РАД“ д.д. Тешањ, који стално или повремено раде на објектима унутар ове зоне и мјеродавним инспекцијским органима у току вршења редовитих или изванредних контрола ове зоне, као и другим лицима, уз посебно одобрење Општине Тешња, односно ЈП „РАД“ д.д. Тешањ.

Члан 15. став 2. тачка 5.
(Мјере заштите у Ib заштитној зони)

Службе управе општина Тешањ и Усора ће начин оптималног коришћења пољопривредног земљишта у првој заштитној зони, а посебно употребу вјештачког ђубрива, дефинисати засебним програмом. Смањење приноса земљопосједницима који се баве пољопривредном дјелатношћу, треба рефундирати кроз пореске олакшице и субвенције.

6.9. Статут Општине („Службени гласник Општине Усора“, број: 2/08)

Члан 12. алинеје 8. и 9.

Општина обавља послове којима се изравно остварују потребе грађана, и то нарочито послове који се односе на:

- утврђивање и вођење политике располагања, коришћења и управљања грађевинским земљиштем
- утврђивање политике управљања и располагања имовином Општине.

7. Чињенично стање и став Суда

Након извршеног увида у поднесени захтјев за заштиту права на локалну самоуправу, одговор на захтјев и друге доказе који су битни за одношење оспорене Одлуке, Уставни суд Федерације је утврдио, да је Влада Зе-до кантона донијела оспорену Одлуку са позивом на члан 40. став 3. Закона о водама Зеничко-добојског кантона који је објављен у „Службеним новинама Зеничко-добојског кантона“, број: 17/07 и члан 43. став 1. Правилника о условима за одређивање зона санитарне заштите и заштитних мјера за изворишта вода које се користе или планирају да се користе за пиће, који је објављен у „Службеним новинама Федерације БиХ“, број: 51/02 (исти Правилник донесен је на основу Закона о водама који је објављен у „Службеним новинама Федерације БиХ“, број: 18/98. Треба нагласити да је примјена тог Правилника престала доношењем новог Закона о водама Федерације Босне и Херцеговине у 2006. години, односно доношењем проведених прописа на основу новог закона. Из овог произилази, да исти није могао бити основ за доношење оспорене Одлуке, нити су поједина рјешења могла бити уређена на начин како је то регулисано у Правилнику).

Оспорена Одлука уређује зоне санитарне заштите и заштитне мјере изворишта воде за пиће са водазахвата „Јелак-поље“ Општина Тешањ, са којег се снабдијевају водом за пиће само потрошачи на подручју Општине Тешањ. Локација изворишта „Јелак поља“ бунари, Б-1, Б-2, Б-3, лоцирани су на подручју Општине Тешањ, а бунари, Б-4, Б-5, Б-6 на подручју Општине Усора. Зоне санитарне заштите (I заштитна зона, II заштитна зона и III заштитна зона), представљене су и означене катастарским честицама, графички приказане и налазе се на подручју једне и друге општине. Мјере заштите на подручју заштитних

зона подузимају службе управе општине Усора и Тешањ, на начин да се коришћење тог земљишта дефинише кроз посебан програм заштите због смањења приноса власницима земљишта који се баве пољопривредном дјелатношћу. Тај програм заштите треба да донесу општине, а базират ће се на пореским олакшицама и субвенцијама. Оспореном Одлуком створена је обавеза једној и другој општини да регулише питање имовинско-правних односа са власницима земљишта у II и III заштитној зони у складу са Законом о експропријацији („Службене новине Федерације БиХ“, број: 70/07). Објекти из I заштитне зоне налазе се на подручју Општине Усора и Општине Тешањ, а чини их шест бунара, пумпе, заједнички потисни вод са прикључним цјевоводом, објекти за кондиционирање воде и комплетна дистрибутивна мрежа. Сви поменути и други објекти у власништву су ЈП „Рад“, д.д. Тешањ, а за спровођење свих заштитних мјера без обзира гдје се они налазе, надлежне су службе за управу Општине Тешањ. Исто тако, уређивање простора у оквиру I и II заштитне зоне, те приступ тим зонама које се такође простиру на подручју једне и друге општине, у надлежности је служби за управу Општине Тешањ и ЈП „Рад“ д.д. Тешањ.

Анализом напријед наведених рјешења у оспореној Одлуци утврђено је, да иста регулише санитарну заштиту воде за пиће само за потрошаче на подручју Општине Тешањ и да се са истих изворишта односно бунара који се налазе на подручју једне и друге општине, водом не снабдијевају потрошачи са подручја Општине Усора. Обавезе утврђене ради спровођења оспорене Одлуке, произилазе како за Општину Тешањ тако и за Општину Усора, која је конституисана у складу са Законом о конституирању нових општина у Федерацији Босне и Херцеговине и измјени подручја општина подијељених међуентитеском и међукантоналном линијом („Службене новине Федерације БиХ“, број: 6/98), и има статус јединице локалне самоуправе. Извориште Јелак поље –Тешањ, које третира оспорена Одлука, заштитне зоне, водни и други објекти који се налазе и на подручју Општине Усора, власништво су ЈП „РАД“ д.д. Тешањ које једино има приступ поменутих објектима као и надлежни органи Општине Тешањ. Из напријед наведеног произилази, да имовином и средствима која се налазе на територији Општине Усора, управљају органи са подручја друге општине, а утврђена је и обавеза да у складу са Законом о експропријацији, Општина Усора уреди имовинско-правне односе са власницима земљишта који се налазе на подручју у I, II и III заштитној зони. Поред тога,

Општини Усора као јединици локалне самоуправе створена је обавеза без њене сагласности, да због смањена приноса од пољопривредног земљишта власницима тог земљишта, који се налазе на њеној територији, рефундира одређена финансијска средства кроз пореске олакшице и одређене субвенције, што ствара конкретне обавезе у Буџету Општине за сваку годину, и на тај начин отежава јој да извршава обавезе које су утврђене законима и Статутом Општине. Из приложене документације није се могло утврдити, да је Општина Усора право управљања и коришћења пренијела на неко друго правно лице или тијело управе друге Општине. Могућност и начин преноса надлежности утврђен је чланом 10. Закона водама Зеничко-добојског кантона („Службене новине Зеничко-добојског кантона“ број: 17/07), међутим та процедура у конкретном случају није проведена од стране надлежних органа Општине Усора, нити у том погледу постоје било какви докази који би оправдали рјешења у оспореној Одлуци.

Исто тако, за све утврђене обавезе у поступку доношења изостале су било какве консултације и сарадња са надлежним органима власти у Општини Усора, како је то прописано у одредбама Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 49/06 и 51/09). Напријед наведено утврђено је из одговора Министарства за пољопривреду, шумарство и водопривреду Зеничко-добојског кантона, број:05-14-501-1/11 од 12.01.2011. године које је достављено Начелнику Општине Усора. У истом одговору је наведено, да јавна расправа на подручју Општине Тешањ и Општине Усора није проведена, јер таква обавеза није предвиђена у Закону о водама Зеничко-добојског кантона и у Правилнику о условима за одређивање зона санитарне заштите и заштитних мјера за изворишта вода које се користе или планирају да користе за пиће. Из тих разлога, а имајући у виду опредјељења у поменутим законима, те рјешења у Статуу Општине, према којима је општина надлежна да управља и располаже својом имовином, Уставни суд Федерације сматра, да је оспореном Одлуком повријеђено право на локалну самоуправу Општине Усора.

Поред одредби Закона о принципима локалне самоуправе у Федерацији Босне и Херцеговине, Уставни суд Федерације анализирао је и члан VII.3. Устава Федерације Босне и Херцеговине којим је прописано, да међународни уговори и други споразуми који су на снази у Босни и Херцеговини и

Федерацији Босне и Херцеговине, те општа правила међународног права, чине дио законодавства Федерације Босне и Херцеговине. Европска повеља о локалној самоуправи, као акт међународног права, ратификована је 1994. године, када је и ступила на снагу и од тада су њене одредбе саставни дио законодавства Федерације Босне и Херцеговине. У члану 4. став 6. Европске повеље о локалној самоуправи регулисано је да ће локалне власти бити консултоване, у највећој могућој мјери, правовремено и на одговарајући начин, у процесу планирања и доношења одлука о свим стварима које их се директно тичу. Наведени принцип Европске повеље о локалној самоуправи нису слиједила рјешења у оспореној Одлуци, имајући у виду да Општина Усора ни на који начин није могла да утјече на предложена рјешења, створене обавезе, усвојена рјешења да имовином која се налази на њеној територији управља ЈП „Рад“ д.д. Тешањ, правно лице са територије друге општине и да Општина Тешањ на њеном простору врши инспекцијски надзор у спровођењу мјера санитарне заштите које су прописане оспореном Одлуком. Из тих разлога Уставни суд Федерације сматра, да, и кад је у питању примјена Европске повеље о локалној самоуправи, постоји повреда права на локалну самоуправу, Општине Усора.

Ову пресуду Уставни суд Федерације је донио једногласно у саставу: Домин Малбашић, Предсједник Суда, Весна Будимир, Мирјана Чучковић, мр сц. Шахбаз Џихановић, Александра Мартиновић, проф. др Един Муминовић и др сц. Ката Сењак, судије Суда.

Број: У-82/14
23.07.2015. године
С а р а ј е в о

Предсједник
Уставног суда Федерације
Босне и Херцеговине
Домин Малбашић, с.р.

.....

S K U P Š T I N A**311.**

Na osnovu člana 13. stav 1. tačka 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj: 46/10 i 75/13), Skupština Zeničko-dobojskog kantona na 17. sjednici, održanoj dana 21.10.2015. godine, d o n o s i:

O D L U K U

**o usvajanju Strategije razvoja zdravstva
Zeničko-dobojskog kantona 2016 – 2025. godina**

Član 1.**(Predmet odluke)**

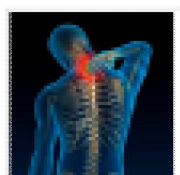
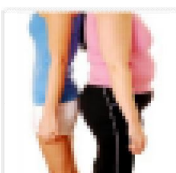
Usvaja se Strategija razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona 2016 – 2025. godina.

Član 2.**(Stupanje na snagu i objavljivanje)**

Ova Odluka stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u „Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona“.

Broj: 01-37-18886/15
Datum, 21.10.2015. godine
Zenica

PREDSJEDAVAJUĆA
Draženka Subašić, s.r.



Strategija razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona



2016.-2025.

Maj 2015. godine

**STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA 2016.-2025.**

Nosilac projekta:

Everest Consulting d.o.o.
Ulica Behdžeta Mutelevića 2A
71000 Sarajevo, BiH

Naručilac projekta:

Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zeničko-dobojskog kantona

Autori:

Aziz Šunje
Boris Hrabač
Senad Huseinagić
Ljiljan Veselinović

Savjet projekta:

Haris Delić
Harun Drljević
Larisa Gavran
Sabiha Husić
Elvira Ljevaković
Alma Mekić Abazović
Indira Mundžić
Refik Mušija
Belma Pojskić
Almir Rošić
Sead Rožajac
Selvedina Sarajlić
Rifat Sejdinović
Zijad Softić
Diana Štimjanin
Salih Tandir
Mirsad Tursum

DTP:

Ljiljan Veselinović

SADRŽAJ

POPIS SLIKA.....	VII
POPIS TABELA.....	VIII
LISTA SKRAĆENICA.....	IX
UVOD – METODOLOŠKI PRISTUP	1
Konceptualni okvir.....	2
Način rada	5
Plan dokumenta - Sadržaj.....	6
1. VIZIJA, MISIJA I INTERESNO-UTICAJNE SKUPINE.....	8
Metodološki okvir.....	8
1.1. Interesno-uticajne skupine	9
1.2. Vizija-misija.....	10
2. STRATEŠKA ANALIZA	11
2.1. ANALIZA OKRUŽENJA.....	12
Metodološki okvir.....	12
2.1.1. Prostorni aspekt.....	13
2.1.2. Identifikacija relevantnih aspekata i faktora okruženja.....	14
2.1.2.1. Složen i značajan uticaj politike na zdravstveni sektor.....	14
2.1.2.2. Negativni trendovi ekonomskih indikatora.....	15
2.1.2.3. Relativno povoljna starosna struktura stanovništva	16
2.1.2.4. Negativni trendovi osnovnih pokazatelja vitalne statistike.....	16
2.1.2.5. Vodeći uzroci smrtnosti na području Zeničko-dobojskog kantona	17
2.1.2.6. Pokazatelji zdravlja	18
2.1.2.7. Sanitarno-higijenski problemi.....	27
2.1.2.8. Legislativno-pravno okruženje	30
2.1.2.9. Ostali faktori okruženja	31
2.1.3. Razumijevanje prirode okruženja	33
2.1.4. Zdravstvo kao industrija – Porterov (ekonomski) model analize industrije	34
2.1.5. Identifikovane "prilike" ("O") i prijetnje ("T") iz okruženja	35
2.2. INTERNA ANALIZA.....	37
Metodološki okvir.....	37
2.2.1. Ljudski resursi.....	39
2.2.2. Bolnički kapaciteti.....	40

2.2.3. Kapaciteti vanbolničke zdravstvene zaštite.....	42
2.2.4. Stomatološka zdravstvena zaštita	45
2.2.5. Medicinska rehabilitacija	46
2.2.6. Laboratorijska djelatnost.....	46
2.2.7. Apotekarska djelatnost.....	47
2.2.8. Finansijski resursi.....	47
2.2.9. Izvori finansiranja.....	49
2.2.10. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga	50
2.2.11. Ostali faktori	51
2.2.12. Identifikovane sopstvene "snage" ("S") i "slabosti" ("W").....	53
3. STRATEŠKI DIO.....	55
Metodološki okvir.....	55
3.1. SWOT analiza.....	57
3.2. Strateški ciljevi.....	58
3.3. Strateški programi	58
4. MJERE/ AKTIVNOSTI	63
Metodološki okvir.....	63
1. RAZVIJENE PROMOTIVNE I PREVENTIVNE AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENOG SEKTORA.....	65
1.1. Program promocije zdravlja i zdravog življenja	66
1.1.1. Kampanja: Podizanje svijesti građana o odgovornosti za sopstveno zdravlje.....	66
1.1.2. Kampanja protiv pušenja	67
1.1.3. Kampanja protiv narkomanije	68
1.1.4. Kampanja protiv alkoholizma	69
1.1.5. Kampanja: Važnost zdrave ishrane	70
1.1.6. Kampanja: Važnost fizičke aktivnosti	71
1.2. Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	72
1.2.1. Otkrivanje faktora rizika za hronične bolesti u porodičnoj medicini i zdravstveni odgoj oboljelih i osoba sa rizikom (naročito dijabetes i hipertenzija).....	72
1.2.2. Rano otkrivanje raka debelog crijeva	73
1.2.3. Rano otkrivanje raka dojke	74
1.2.4. Rano otkrivanje melanoma	75
1.2.5. Rano otkrivanje poremećaja vida kod djece.....	76
1.2.6. Rano otkrivanje poremećaja sluha kod djece	77
1.2.7. Preveniranje deformiteta lokomotornog aparata kod djece	78
1.2.8. Unapređenje oralnog zdravlja kod djece.....	79
1.2.9. Rano otkrivanje hipotireoze	80

1.2.10. Rano otkrivanje fenilketonurija	81
1.3. Program okoliša i zdravlja.....	82
1.3.1. Ekološka edukacije - podizanje ekološke svijesti	82
1.3.2. Izrada studija uticaja polutanata na ljudsko zdravlje	83
1.3.3. Unapređenje intersektorske saradnje iz oblasti zaštite okoliša	84
2. UNAPRIJEĐEN KVALITET I NAČIN PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA	85
2.1. Program osiguranja kvaliteta	86
2.1.1. Uvođenje ISO 9001 standarda u sve zdravstvene ustanove i institucije	86
2.1.2. Akreditacija bolnica.....	87
2.1.3. Akreditacija domova zdravlja	88
2.1.4. Akreditacija timova porodične medicine	89
2.1.5. Ustroj sistema monitoringa kvaliteta	90
2.2. Program unapređenja sistema plata i nagrada.....	91
2.2.1. Uspostavljanje pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini	91
2.2.2. Uspostavljanje poticajnog sistema materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja	92
2.3. Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	93
2.3.1. Modeliranje organizacije doma zdravlja	93
2.3.2. Uspostavljanje modaliteta saradnje između javnog i privatnog sektora.....	94
2.3.3. Vanbolnička podrška za onkološke bolesnike.....	95
2.3.4. Razvoj sistema vanbolničke palijativne njege.....	96
2.3.5. Razvoj sistema bolničke palijativne njege	97
2.3.6. Unapređenje zbrinjavanja hitnih medicinskih stanja	98
2.3.7. Optimiziranje korištenja skupe medicinske opreme	99
2.3.8. Razvoj medicine rada u skladu sa EU zahtjevima zaštite na radu	100
2.4. Program informatizacije zdravstvenog sistema	101
2.4.1. Integracija zdravstvenog informacionog sistema na nivou Kantona.....	101
2.4.2. Hardversko i softversko opremanje zdravstvenih ustanova	102
2.5. Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva.....	103
2.5.1. Povećanje prihoda kroz kontrolu prikupljanja doprinosa za zdravstveno osiguranje	103
2.5.2. Povećanje alokativne efikasnosti.....	104
3. JAČANJE I BOLJE KORIŠTENJE LJUDSKIH POTENCIJALA	105
3.1. Utemeljenje univerzitetske bolnice	106
3.1.1. Osnivanje medicinskog fakulteta	106
3.1.2. Ustroj univerzitetske bolnice.....	107
3.1.3. Istraživanje i primjena novih interventnih procedura	108

3.2. Program unapređenja stručnog usavršavanja.....	109
3.2.1. Programi usavršavanja iz oblasti porodične medicine	109
3.2.2. Planiranje potreba za specijalizacijama i subspecijalizacijama	110
3.2.3. Kontinuirana medicinska edukacija.....	111
3.2.4. Trening kadra za palijativnu njegu	112
3.3. Program unapređenja upravljačko-menadžerskih znanja i vještina.....	113
3.3.1. Razvoj indikatora uspjehnosti.....	113
3.3.2. Unapređenje menadžerskih vještina	114
4. PRIMJEREN STEPEN DOSTUPNOSTI ZDRAVSTVENIH USLUGA	115
4.1. Analiza zdravstvenih potreba	116
4.1.1. Istraživanje o zadovoljstvu i dostupnosti zdravstvenih usluga.....	116
4.1.2. Procjena zdravstvenih potreba i zahtjeva	117
4.1.3. Izrada programa zdravstvene zaštite u skladu sa procijenjenim zdravstvenim potrebama.....	118
4.2. Osiguranje dostupnosti.....	119
4.2.1. Evaluacija dostupnosti zdravstvenih usluga i tehnologija u skladu sa procijenjenim potrebama	119
4.2.2. Osiguranje odgovarajuće teritorijalne pokrivenosti porodičnom medicinom.....	120
5. DISTINKTIVNA PREPOZNATLJIVOST ZDRAVSTVENOG SEKTORA ZDK.....	121
5.1. Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata	122
5.1.1. Ustroj modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku.....	122
5.1.2. Istraživanje i primjena novih onkoloških interventnih procedura.....	123
5.2. Program eksplantacija organa.....	124
5.2.1. Razvoj sistema za eksplantaciju organa.....	124
5.2.2. Razvijanje donorske mreže	125
5.3. Porodična medicina.....	126
5.4. Palijativna njega	127
5. IMPLEMENTACIJA, MONITORING I EVALUACIJA	129
5.1. Implementacija strategije (ključne aktivnosti)	129
5.2. Monitoring (ključne aktivnosti).....	130
5.3. Evaluacija (ključne aktivnosti).....	131
OKVIRNI SPISAK KORIŠTENIH IZVORA	133

POPIS SLIKA

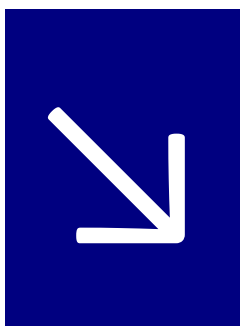
Slika 1. Strateški menadžment kao konceptualno-metodološki okvir	2
Slika 2. Metodološki okvir	4
Slika 1.1. Komponente vizije.....	8
Slika 1.2. Santa leda kao metafora vizije.....	9
Slika 2.1.1. Metodološki okvir eksterne analize	12
Slika 2.1.2. Zeničko-dobojski kanton: prostorni aspekt	13
Slika 2.1.3. PESTLE analiza: ključni faktori okruženja	14
Slika 2.1.4. Vodeći uzroci smrtnosti	18
Slika 2.1.5. Kardiovaskularne i maligne bolesti kao uzroci smrti po općinama.....	18
Slika 2.1.6. Struktura oboljenja za različite dobne skupine	20
Slika 2.1.7. Vodeće bolesti kardiovaskularnog sistema u 2013. godini.....	21
Slika 2.1.8. Vodeći mentalni poremećaji u 2013. godini.....	22
Slika 2.1.9. Maligni tumori kao uzroci smrti po lokacijama u 2013. godini.....	22
Slika 2.1.10. Trend kretanja zloćudnih tumora	23
Slika 2.1.11. Struktura vodećih reumatskih bolesti u 2013. godini.....	23
Slika 2.1.12. Razumijevanje prirode okruženja	33
Slika 2.1.13. Porterov model analize zdravstvenog sektora.....	34
Slika 2.2.1. Metodološki okvir interne analize	37
Slika 2.2.2. Ključni učesnici zdravstvenog sektora	38
Slika 2.2.3. Distribucija ljekara i zdravstvenih tehničara	40
Slika 2.2.4. Broj ispisanih pacijenata u bolnicama na području ZDK po godinama	41
Slika 2.2.5. Udio preventivnih pregleda u ukupnom broju pregleda	44
Slika 2.2.6. Razmještaj stolica u stomatološkim ordinacijama po općinama.....	46
Slika 2.2.7. Rezultati medicinske rehabilitacije	46
Slika 2.2.8. Promet i potrošnja lijekova u apotekama	47
Slika 2.2.9. Organizaciona struktura domova zdravlja.....	51
Slika 3.1. Proces raščlanjivanja strateških ciljeva na programe i mjere	56
Slika 3.2. SWOT analiza	57
Slika 3.3. Vizija i strateški ciljevi razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona	58
Slika 4.1. Opis korištenih grafičkih elemenata u aktivnostima/ mjerama.....	64
Slika 5.1. Implementacija Strategije razvoja zdravstva ZDK	130

POPIS TABELA

Tabela 1. Pregled realizovanih radionica.....	5
Tabela 2.1.1. Zvanična stopa nezaposlenosti i prosječna plata po kantonima za 2013. godinu	15
Tabela 2.1.2. Trend kretanja ukupnog broj zaposlenih u ZDK.....	15
Tabela 2.1.3. Broj i starosna struktura stanovništva po općinama u 2013. godini	16
Tabela 2.1.4. Trend kretanja osnovnih pokazatelji vitalne statistike	17
Tabela 2.1.5. Trend kretanja prosječne starosti umrlih.....	17
Tabela 2.1.6. Obolijevanja po dobnim grupama u 2013. godini	19
Tabela 2.1.7. Najčešće bolesti na području Zeničko-dobojskog kantona po godinama.....	21
Tabela 2.1.8. Abortusi po vrstama i dobi trudnica u 2012. godini	24
Tabela 2.1.9. Prosječna obuhvatnost imunizacijama na Kantonu u 2013. godini	27
Tabela 2.1.10. Procenat mikrobiološki neispravnih uzoraka	28
Tabela 2.1.11. Prosječna godišnja koncentracija SO ₂ i ukupnih lebdećih čestica u g/m ³ zraka.....	29
Tabela 2.1.12. Visoke vrijednosti koncentracija SO ₂ i ukupnih lebdećih čestica u g/m ³ zraka.....	29
Tabela 2.1.13. Procenat neispravnih uzoraka školskih voda.....	30
Tabela 2.1.14. Pregled procjene dugovanja velikih obveznika na dan 31.12.2014. godine	31
Tabela 2.1.15. Rudnici mrkog uglja – stanje redovnih obaveza za 2015. godinu	31
Tabela 2.2.1. Struktura i broj uposlenih u zdravstvenom sektoru Zeničko-dobojskog kantona.....	39
Tabela 2.2.2. Parametri bolničkih kapaciteta u dužem vremenskom periodu	41
Tabela 2.2.3. Parametri primarne zdravstvene zaštite kroz duži vremenski period.....	42
Tabela 2.2.4. Struktura mreža i kadrova primarne zdravstvene zaštite.....	43
Tabela 2.2.5. Broj posjeta u ordinacijama opće medicine	44
Tabela 2.2.6. Statistički podaci stomatološke zdravstvene zaštite	45
Tabela 2.2.7. Laboratorijska djelatnost	47
Tabela 2.2.8. Finansijski rezultati poslovanja javnih zdravstvenih ustanova u 2012. godini.....	48
Tabela 2.2.9. Izvor finansiranja ustanova zdravstvene zaštite	49
Tabela 2.2.10. Procentualno učešće izvora finansiranja ustanova zdravstvene zaštite.....	50
Tabela 3.1. Strateški ciljevi, programi, mjere	61
Tabela 4.1. Elementi aktivnosti/ mjere.....	63

LISTA SKRAĆENICA

AKAZ	Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu
BDP	Bruto domaći proizvod (<i>engl. Gross Domestic Product, GDP</i>)
BO	Bolnoopskrbni dani
BSC	Balansirana mapa ciljeva (<i>engl. Balanced Scorecard</i>)
CME	Kontinuirana medicinska edukacija (<i>eng. Continuing Medical Education</i>)
FMZ	Federalno ministarstvo zdravstva
FZO	Fond zdravstvenog osiguranja
HES	Higijensko-epidemološka služba
KB	Kantonalna bolnica
KMZ	Kantonarno ministarstvo zdravstva
KS	Kanton Sarajevo
KZIS	Kantonalni zdravstveni informacioni sistem
KZJZ	Kantonalni zavod za javno zdravstvo
NVO	Nevladivne organizacije
PJP	Privatno-javno partnerstvo
PM	Porodična medicina
PMO	Ured za projekte (<i>engl. Project Management Office</i>)
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
RTG	Rendgen
SBK	Srednjobosanski kanton
SZZ	Sekunarna zdravstvena zaštita
TK	Tuzlanski kanton
ULČ	Ukupno lebdećih čestica
USK	Unsko-sanski kanton
ZDK	Zeničko-dobojski kanton
ZIS	Zdravstveni informacioni sistem



Uvod – Metodološki pristup

KONCEPTUALNI OKVIR

Održiva (razvojna) strategija, kao konceptualna kategorija, može biti upoređena sa generalnom mapom koja (prostorno) prikazuje "obećavajuća mjesta", te načine kako dosegnuti prepoznata "mjesta" (*Welfare for the Future: Iceland's National Strategy for Sustainable Development 2002.–2020., str. 10.*). **Obećavajuća mjesta (kuda) i načini doseganja obećavajućih mjesta (kako)** predstavljaju strategiju. U našem slučaju govorimo o strategiji zdravstvenog sektora na lokalitetu Zeničko-dobojskog kantona (ZDK) unutar Federacije BiH kao sistema višeg reda. Strategija se oblikuje kroz proces strateškog menadžmenta.

Shvaćen u širem smislu, **strateški menadžment** predstavlja konceptualno-metodološki okvir unutar kojeg se **oblikuje i kontinuirano optimizira strategija** u komunikaciji sa ključnim vlasnicima i predstavnicima svih interesno-uticajnih skupina. Strateški menadžment, s jedne strane, predstavlja proces oblikovanja strategije, te s druge, kontinuirani i interaktivni proces koji ima za cilj održavati, u našem slučaju, zdravstveni sektor ZDK kao cjelinu u stalnoj ravnoteži sa sopstvenim okruženjem. Drugim riječima, strateški menadžment ima za cilj oblikovati strategiju, ali i kontinuirano prilagođavati strategiju promjenama u okruženju i ostalim varijablama koje je opredjeljuju.



Slika 1. Strateški menadžment kao konceptualno-metodološki okvir

Ne ulazeći u širu raspravu o karakteristikama i odrednicama pojedinih pristupa procesu strateškog menadžmenta, strateški menadžment se kao kontinuirani, stalno ponavljajući proces, može definisati (*Mintzberg H. 1994, 38.-39.*) "... kao kontroliran i osmišljen 'tok misli': jednostavan i neformaliziran red koraka [...] zasnovan na **kreativnom dizajnu**" i **strateškom promišljanju**. U procesu strateškog promišljanja, shodno tome, potrebno je detaljno analizirati postojeće stanje (situaciona analiza), ali je jednako važno i samo kreativno promišljanje.

Ovim dokumentom oblikuje se **Strategija razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona**. Strateški plan konačan je output (dokument) višefaznog metodološki utemeljenog procesa strateškog promišljanja i strateškog planiranja koji je trajao pet mjeseci. Kroz postupak strateškog promišljanja i planiranja utvrđeno je šta zdravstveni sektor Zeničko-dobojskog kantona **želi da bude (vizija i misija)**, uz određenje "**obećavajućih mjesta**" (**strateški ciljevi**) i načina ostvarenja "**željenog stanja**" (**programi i mjere**).

U postupku oblikovanja Strategije razvoja zdravstva ZDK uvažene su odrednice šireg društvenog okvira sadržane u strateškim dokumentima oblikovanim na nivou Federacije BiH kao "sistema višeg reda". Riječ je o odrednicama sadržanim u Strateškom planu razvoja zdravstva u FBiH u periodu od 2008. do 2018., i u Strategiji za razvoj primarne zdravstvene zaštite FBiH.

Vizija i misija zdravstvenog sektora ZDK oblikovana je kroz **Collinsov i Porrassov okvir** koji podrazumijeva da se vizija sastoji od četiri komponente: (1) bazični sistem vrijednosti, (2) svrha postojanja i (3) strateški izazovi, dok je (4) misija, kao četvrta izvedena komponenta, samo pisani iskaz vizije. Kompletan vizija/ misija predočena je u *Okviru 1.1 unutar prvog dijela ovog dokumenta*.

Analiza okruženja (eksterna analiza), kao drugi korak procesa strateškog planiranja, ima za cilj da prepozna vanjske prilike i vanjske prijetnje primjenom različitih strateških alata (PESTLE, Porterov model pet sila, ...). Konačan rezultat eksterne analize, prepoznate vanjske prilike i prijetnje, prikazan je u drugom dijelu Strateškog plana (naslov 2.5. *Identifikovane prilike i prijetnje*).

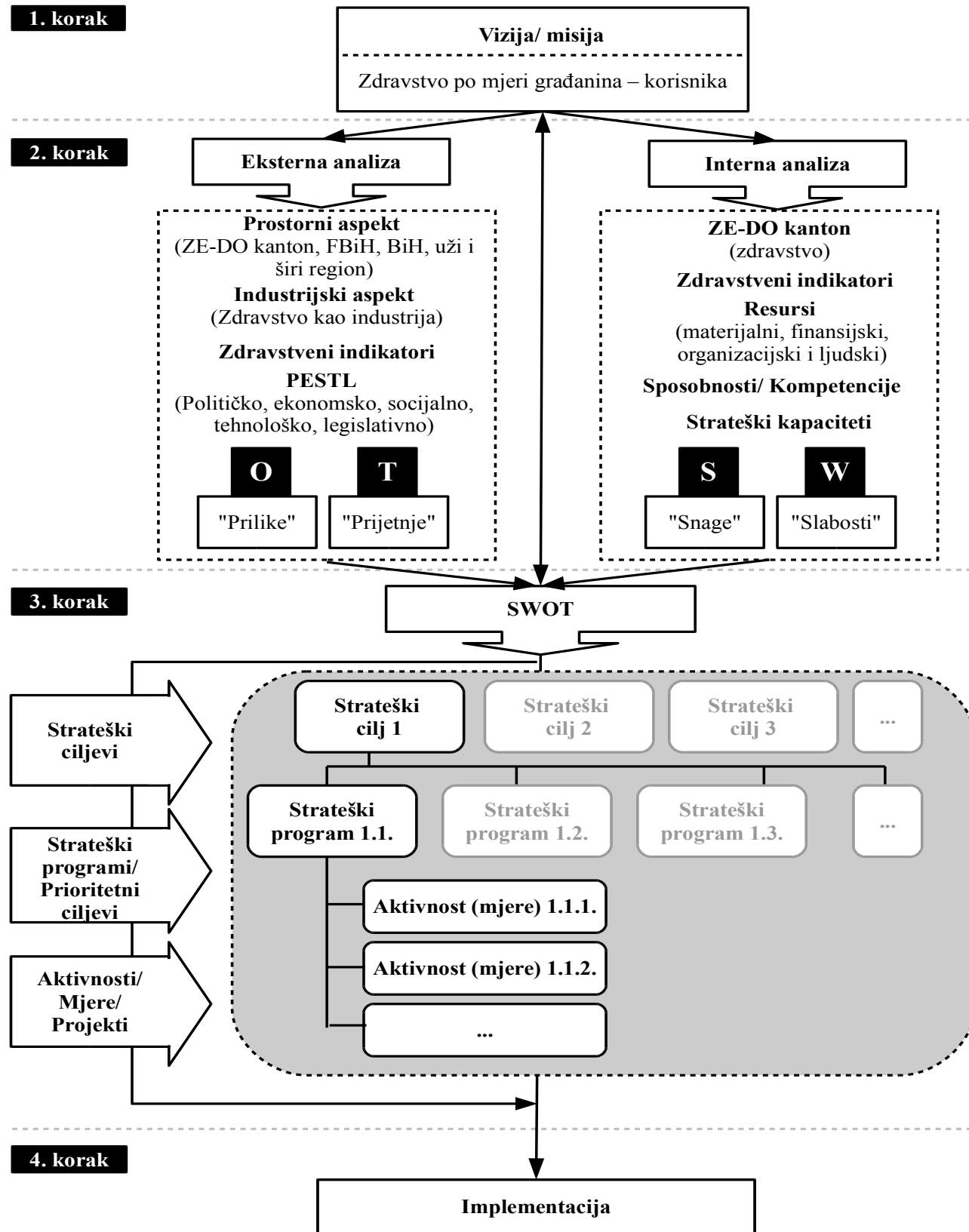
Internom analizom sagledan je sam zdravstveni sektor ZDK i njegovi učesnici (domovi zdravlja, bolnice, stomatološke ordinacije, apoteke, zavodi, ...) – odnosno sagledan je kompletan vrijednosni lanac, organizacioni resursi i organizacione sposobnosti zdravstvenog sektora u ZDK. Konačan output interne analize, snage i slabosti zdravstvenog sektora, prikazan je u trećem dijelu Strateškog plana (*naslov 3.11. Identifikovane snage i slabosti*).

Prvi korak u doseganju oblikovane vizije ostvaruje se kroz **prepoznavanje strateških ciljeva**, kao prvog nivoa u procesu njene dekompozicije. Strateški ciljevi proizlaze iz strateških pitanja, prepoznatih u samom procesu dijaloga (radionice i fokus grupe) i same situacione analize (interna i eksterna analiza). U tom kontekstu posmatrano strateški ciljevi predstavljaju "obećavajuća mjesta" - širu grupu srodnih ciljeva koji su vidljivi i u samoj viziji.

Slijedeći definisani metodološki pristup u okviru svakog strateškog cilja prepoznati su **programi** koji imaju karakter prioriternih ciljeva, kao naredni stepen operacionalizacije strateških ciljeva.

U okviru svakog programa na liniji njihove daljnje operacionalizacije identificiran je **set mjera (aktivnosti)** koje je potrebno realizirati. Mjera predstavlja operabilan skup aktivnosti koje se mogu u potpunosti operacionalizirati, na način da se mogu realizovati - sprovesti u djelo. Svaka mjera u potpunosti prepoznaje i detaljno određuje nosioce, rokove i indikatore posredstvom kojih će se mjeriti stepen ostvarenja konkretne mjere. U tom kontekstu posmatrano mjere (aktivnosti) predstavljaju načine doseganja "obećavajućih mjesta" (strateških ciljeva i programa).

Odabrani metodološki pristup pretpostavlja da se proces strateškog menadžmenta obavlja kroz sljedeći „red koraka“ (*Slika 2.*).



Slika 2. Metodološki okvir

Način rada

Nosilac cjelokupnog postupka izrade Strateškog plana bio je projektni tim sastavljen od vanjskih konsultanata (tri konsultanta) i stručnog tima (Savjet projekta) ispred zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona (17 predstavnika). Projektni tim ima(o) je status strateškog odbora koji ovaj Strateški plan upućuje na raspravu i usvajanje.

R.br.	Naziv radionice	Očekivani output
1.	Metodološki okvir	Terminski plan radionica
2.	Oblikovanje vizije, misije i interesno-uticajnih skupina (stakeholders-a)	Prepoznat bazični sistem vrijednosti, svrha postojanja i strateški izazovi
3.	Eksterna analiza (Analiza okruženja)	Prepoznate prilike ("O") i prijetnje ("T")
4.	Interna analiza (Analiza zdravstvenog sektora)	Prepoznate snage ("S") i slabosti ("W")
5.	Rekapitulacija	Kompletirana analiza okruženja, interna analiza i oblikovana vizija/ misija
6.	Strateški ciljevi	Prepoznati strateški ciljevi
7.	Strateški programi	Prepoznati strateški programi
8.	Aktivnosti/ mjere	Prepoznate aktivnosti/ mjere
9.	Rekapitulacija	Usaglašavanje prepoznatih ciljeva, programa i mjera sa Savjetom projekta
10.	Usvajanje projekta	Savjet projekta usvaja konačan dokument

Tabela 1. Pregled realizovanih radionica

Polazeći od terminskog plana projekta sadržanog u projektnom zadatku i slijedeći predočeni metodološki pristup, u samom postupku oblikovanja strategije pristupilo se sekvencijalno – korak po korak – u vremenskom periodu od pet mjeseci sa težnjom da se stvori okvir za strateško promišljanje. Organizovano je ukupno deset radionica koje su slijedile predočeni metodološki okvir i usvojeni terminski plan (*Tabela 1.*).

Na sesijama su prisustvovali članovi stručnog tima gdje su vanjski konsultanti, nakon predočavanja okvira za rad, facilitirali rad sesije u formi tzv. radionice (*engl. workshop*) potičući članove Savjeta projekta da strateški promišljajući i korak po korak oblikuju strategiju zdravstvenog sektora. Sesije su trajale u prosjeku oko dva sata.

Ovaj Dokument urađen je sinergijskom saradnjom konsultantskog tima Everest Consulting u Sarajevu i Savjeta projekta ispred zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona, sinergijom znanja i iskustava iz teorije i metodologije strategijskog menadžmenta i stručnog znanja i iskustva učesnika Savjeta projekta.

Plan dokumenta - Sadržaj

Slijedeći logiku predloženog konceptualno-metodološkog okvira Strategija razvoja zdravstva ZDK u smislu sadržaja, odnosno dijelova posredstvom kojih je predložena sama Strategija, sastoji se od sljedećih (šest) cjelina, poglavlja

- Uvod – Metodološki okvir
- Vizija-Misija-Interesno-uticajne skupine
- Strateška analiza, analiza okruženja uz prepoznavanje vanjskih "prilika" i "prijetnji", te interna analiza, cjelovita analiza postojećeg zdravstvenog sektora ZDK uz prepoznavanje sopstvenih "snaga" i "slabosti"
- Strateški dio koji sadrži set strateških ciljeva i programa, te pregled mjera u okviru svakog programa (Akcioni plan)
- Mjere/ Aktivnosti, dio u kojem je na standardiziran način razrađena svaka pojedinačna mjera (stepen prioriteta, stepen kompleksnosti, okvirno određenje budžeta i izvora finansiranja, set indikatora, nosioci, ...).

Strategija je predložena u formi studije, elaborata sa pregledom korištene literature i setom pratećih aneksa.



1.

Vizija, misija i interesno-uticajne skupine (stakeholders)

1. VIZIJA, MISIJA I INTERESNO-UTICAJNE SKUPINE

Metodološki okvir

Vizija se definiše i shvata na različite načine. Najpotpuniji teorijski pristupi, za koje smo se i mi opredijelili, viziju posmatraju kao cjelovit koncept koji ima više komponenti (*Collins C.J., Porras, I.J., 1991.*), i koji se može, u najširem smislu te riječi, poistovjetiti sa "**filozofijom vodiljom**" (engl. *guiding philosophy*), odnosno sa njenom "**ključnom ideologijom**" (engl. *core ideology*). Iako ne postoji jedinstven pristup koje komponente tvore samu viziju, cjelovito određenje koncepta vizije, koje smo mi primijenili u procesu definisanja vizije zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskoj kantona, obuhvata sljedeće komponente (*Isto, 67.*): (1) bazični sistem vrijednosti, (2) svrhu postojanja i (3) strateški izazov(i) koji se žele dosegnuti, odnosno ambicioznost i aspirativnost zdravstvenog sektora. Prve dvije komponente oblikuju ključnu ideologiju (ključne vrijednosti i svrhu postojanja), dok strateški izazov predstavlja vidljivi dio vizije kroz koji se reflektuje ključna ideologija.



Slika 1.1. Komponente vizije

Izvor: Collins C.J., Porras I.J. (1991). Organizational Vision and Visionary Organization. California Management Review, Fall, str. 67.

Metafora "sante leda" (*Slika 1.2.*) na slikovit način predočava primijenjeni cjelovit koncept vizije. Osnovna poruka "sante leda" kao metafore je da "*snagu vidljivom (strateški izazovi) daje nevidljivo (ključna ideologija: ključne vrijednosti i svrha postojanja)*". U tom kontekstu posmatrano, ključna ideologija, nerijetko "nevidljivi" dio vizije, kamen je temeljac i osnovica iz koje se artikuliraju strateški izazovi i sama misija, koja predstavlja vidljivi dio vizije.



Slika 1.2. Santa leda kao metafora vizije

Misija je u potpunosti izvedena iz vizije i predstavlja njen pisani, jezički iskaz, kojim se prevashodno naznačavaju strateški izazovi, odnosno "željeno stanje" koje mobilizira sve napore zdravstvenog sektora u određenom vremenskom periodu. U tom kontekstu posmatrano, misija predstavlja jasan i mobilizirajući cilj koji udružuje sve napore i koji u potpunosti reflektuje ključne vrijednosti na način da se vrijednosti i misija (*Welch J, 2005, 21*) "... međusobno isprepliću i osnažuju." Misija zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona formulisana je u formi „jasan cilj kojem se teži“ (engl. *targeting*).

1.1. Interesno-uticajne skupine

U samom postupku oblikovanja vizije i misije sagledani su interesi i očekivanja svih interesno-uticajnih skupina na koje je zdravstveni sektor upućen. U slučaju zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona **ključne interesno-uticajne skupine** (engl. *stakeholders*) su pacijenti, uposlenici, dobavljači, društvene zajednice i vlada. Ove interesno-uticajne skupine imaju status ključne skupine, jer od nivoa njihovog zadovoljstva i uključenosti zavisi i sama uspješnost zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona. Najvažnija očekivanja ovih skupina su: kvalitetna i pristupačna zdravstvena zaštita (pacijenti), privlačno radno mjesto (zaposlenici), briga o društvu (društvena zajednica), redovno plaćanje inputa i pouzdanost (dobavljači) i poboljšanje funkcionisanja društva u cjelini u skladu sa izbornim obećanjima (vlada).

Ostale interesno-uticajne skupine imaju karakter važnih skupina: **mediji** (redovno informisanje javnosti), **obrazovne institucije** (promocija zdravlja i zdravog stila življenja), **privatni sektor** (učešće u zdravstvenom sektoru Zeničko-dobojskog kantona), Kantonalni zavod za javno zdravstvo i Federalni zavod za javno zdravstvo.

1.2. Vizija-misija

Sam postupak oblikovanje vizije i misije artikulisan je kroz svih **10 radionica**, skladno podešavajući sve aspekte vizije slijedeći logiku predloženog metodološkog pristupa (*Okvir 1.1.*).

Ključne vrijednosti

- Promocija zdravlja i prevencija bolesti
- Izvrsnost
- Dostupnost
- Jednakost
- Solidarnost
- Odgovornost
- Uzajamno povjerenje

Svrha

- Unapređenje kvaliteta življenja kroz dimenziju zdravlja

Strategijski izazov(i)

- Značajnije promotivne i preventivne aktivnosti
- Bolja organizaciju porodične medicine
- Generalno unapređenje kvalitete zdravstvene usluge
- Jačanje ljudskih potencijala (obrazovanje medicinskog osoblja, upravljačko-menadžerska znanja i vještine...)
- Postati prepoznatljivi u BiH i regiji

Misija zdravstvenog sektora ZE-DO kantona (kao jasan cilj kome se teži)

Vođeni ključnim vrijednostima, unaprijediti kvalitet življenja stanovnika Zeničko-dobojskog kantona kroz dimenziju zdravlja: značajnije preventivne i promotivne aktivnosti, bolja organizacija porodične medicine, veći kvalitet zdravstvene usluge, kvalitetniji ljudski kadar i veća prepoznatljivosti u BiH i regiji.

Okvir 1.1. Vizija i misija zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona



2.1.

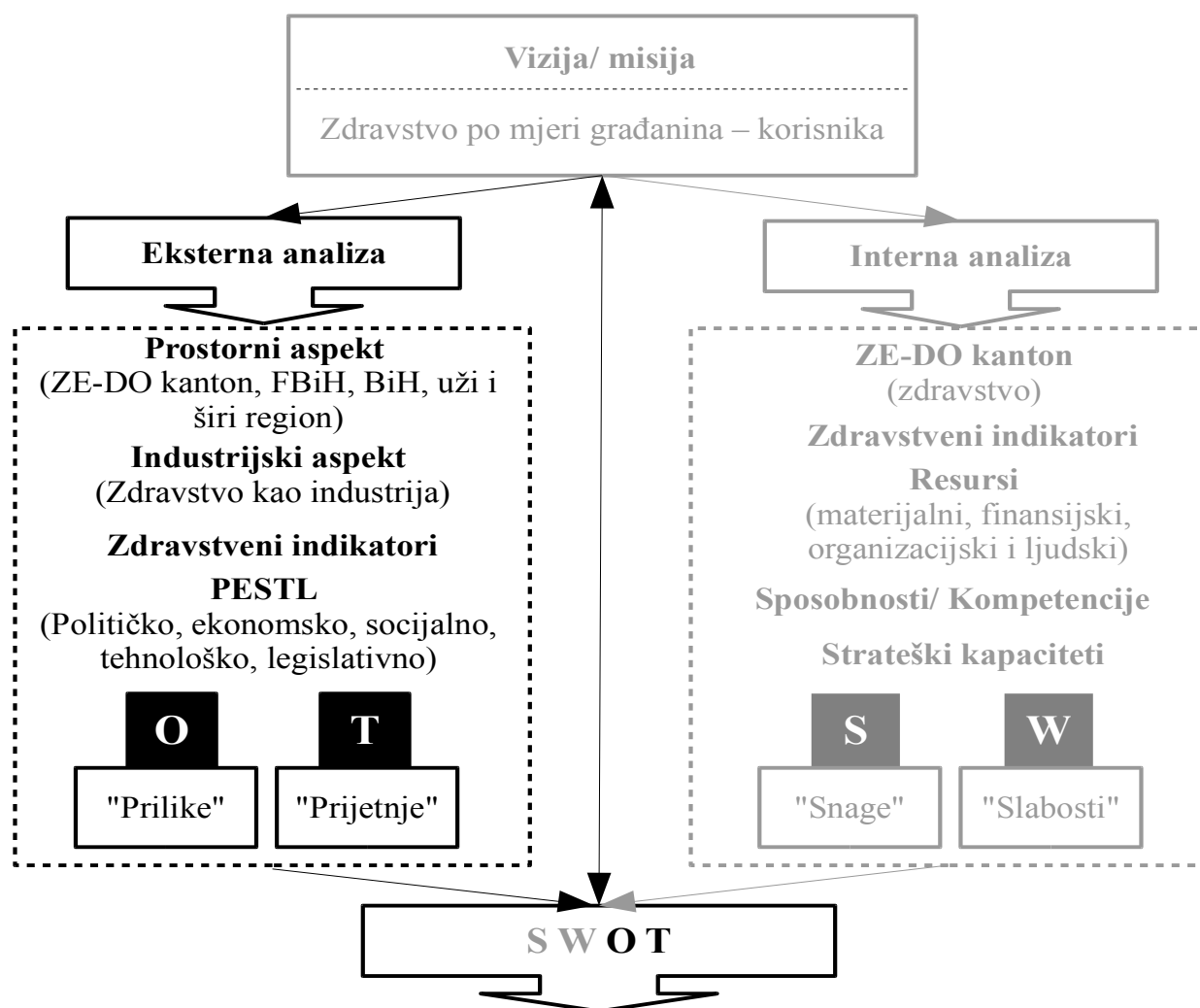
Strateška analiza: Analiza okruženja

2.1. ANALIZA OKRUŽENJA

Metodološki okvir

Analizom okruženja sagledavaju i analiziraju se svi **bitni aspekti prostornog okruženja** (ZE-DO kanton kao prostor sagledan u širem kontekstu, kao dio FBiH, BiH kao države, uži i širi region) i **industrijskog okruženja** (zdravstvo kao industrija), uz identifikaciju referentnih ključnih **zdravstvenih indikatora**. Okruženje se sagledava kroz sve relevantne dimenzije: političko, ekonomsko, zakonodavno, socio-kulturno i tehnološko okruženje sa ciljem prepoznavanja ključnih vanjskih “prilika” i “prijetnji”. Metodološki okvir eksterne analize prikazan je na *Slici 2.1.1.*

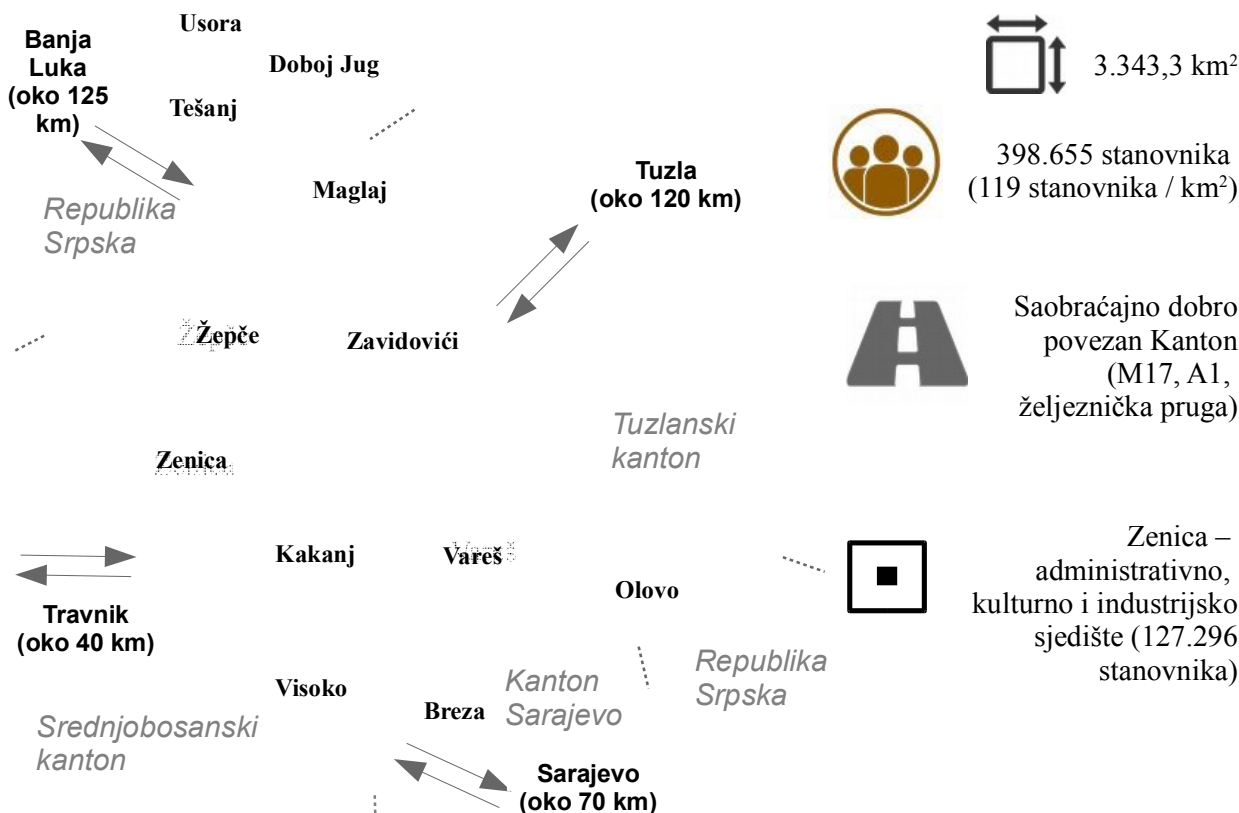
U samom postupku sagledavanja okruženja ostvaren je balans između, s jedne strane **analitičkog** i, s druge **kreativno-sintetičkog** načina promišljanja.



Slika 2.1.1. Metodološki okvir eksterne analize

2.1.1. Prostorni aspekt

Područje Zeničko-dobojskog kantona se prostire na površini od **3.343,30 km²** i administrativno se dijeli na **12 općina** (Slika 2.1.2). Prema procjeni Federalnog statističkog zavoda na ovom prostoru je u 2013. godini živjelo **398.655 stanovnika**, a prosječna gustina naseljenosti iznosila je oko **119 stanovnika po kvadratnom kilometru**.



Slika 2.1.2. Zeničko-dobojski kanton: prostorni aspekt

Administrativno, kulturno i industrijsko **sjedište Kantona** je u Zenici. U Zenici je u 2013. godini živjelo 127.162 stanovnika. Olovo je najudaljenija općina od administrativnog sjedišta Kantona (*udaljeno oko 100 km*), zatim slijede Tešanj (*oko 80 km*) i Vareš (*oko 75 km*).

Područje Zeničko-dobojskog kantona je **saobraćajno** dobro povezano. Sva općinska sjedišta povezana su dobrom mrežom puteva, a kroz Kanton u pravcu sjever-jug prolazi željeznička pruga sa dva kolosijeka, magistralni put M17 i dio koridora C5, koji bi u bliskoj perspektivi trebao u punom kapacitetu biti autoput.

Kanton je pod uticajem umjerene kontinentalne **klime** sa tri podvarijacije u ovisnosti od nadmorske visine (nizijsko brdoviti region, brdoviti region i planinski region sa svojim karakteristikama) u sjevernom dijelu i mediteranske klime u južnom dijelu zemlje, što utiče na pojedine karakteristike zdravstvenog stanja stanovništva i na organizaciju same zdravstvene službe.

2.1.2. Identifikacija relevantnih aspekata i faktora okruženja

Identifikacija relevantnih aspekata okruženja urađena je pomoću PESTLE analize, odnosno pomoću analize koja razmatra relevantne faktore i aspekte iz: (1) političkog okruženja; (2) ekonomskog okruženja; (3) socio-kulturnog okruženja; (4) tehnološkog okruženja; (5) legislativno-pravnog okruženja i (6) ekološkog okruženja (*Slika 2.1.3.*).

Političko (P)	Ekonomsko (E)	Socio-kulturno (S)
Složeni politički odnosi: država, entitet i kanton Politika u oblastima stanovanja, poljoprivrede, obrazovanja, uslova rada, zapošljavanja, vode, sanitacije, transporta, fiskalnih propisa, socijalne zaštite i ekonomije	Negativni trendovi ekonomskih indikatora Visoka zvanična stopa nezaposlenosti Rast fizičkog obima industrijske proizvodnje	Relativno povoljna starosna struktura stanovništva Negativni trendovi osnovnih pokazatelja vitalne statistike Bolesti srca, krvnih sudova i maligne bolesti (vodeći uzroci smrtnosti) Respiratorne bolesti, bolesti kardiovaskularnog sistema i bolesti probavnog sistema (vodeći uzroci obolijevanja)
Tehnološko (T)	Legislativno-pravno (L)	Ekološko (E)
Stopa zastarjevanja tehnologije u zdravstvu Brzina transfera novih metoda Brzina transfera novih tehnologija Integracija zdravstvenog informacionog sistema	Strateški plan razvoja zdravstva u FBiH Zakon o zdravstvenoj zaštiti Zakon o zdravstvenom osiguranju	Sanitarno-higijenski problemi: mikrobiološke i fiziko-hemijske analize vode i namirnica, te visoke koncentracije SO₂ i lebdećih čestica

Slika 2.1.3. PESTLE analiza: ključni faktori okruženja

2.1.2.1. Složen i značajan uticaj politike na zdravstveni sektor

Složena bosansko-hercegovačka politička scena predstavlja izazov za donošenje važnih i strateški bitnih odluka na nivou države, entiteta i kantona. Neizvjesno je u kojem će se pravcu razvijati politička scena, ali složeni politički odnosi mogu i pozitivno i negativno uticati na razvoj zdravstvenog sektora i na nivou Federacije BiH i na nivou Kantona.

Pored toga, na funkcionisanje zdravstvenog sektora direktno i/ili indirektno utiču i **politika u oblastima stanovanja, poljoprivrede, obrazovanja, uslova rada, zapošljavanja, vode, sanitacije, transporta, fiskalnih propisa, socijalne zaštite i ekonomije**. Od uređenosti politika iz ovih oblasti zavisi kvalitet življenja što utiče na zdravstveno stanje stanovnika Zeničko-dobojskog kantona. Politički faktori su kompleksni i teško predvidivi i na njih zdravstveni sektor ne može direktno uticati. *"Doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema poboljšanju zdravlja stanovništva, procjenjuje se na svega 10%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. Stoga je važno naglasiti značaj intersektorske saradnje u zaštiti zdravlja stanovništva, koja bi se, saglasno Deklaraciji iz Otawe, trebala temeljiti na pet oblasti za intervenciju: kreiranje zdravih javnih politika, kreiranje održivog okoliša, jačanje akcije zajednice, razvoj osobnih vještina u javnom zdravstvu i reorijentacija zdravstvenih usluga."* (FMZ 2008, p. 13)

2.1.2.2. Negativni trendovi ekonomskih indikatora

Bruto domaći proizvod (BDP) je makroekonomski indikator koji pokazuje vrijednost finalnih dobara i usluga proizvedenih u zemlji tokom dane godine, izraženo u novčanim jedinicama. BDP se u ekonomiji koristi kao primarni indikator za procjenu „zdravlja“ ekonomije jedne države – ona najbolje opisuje veličinu ekonomije. Iz tog razloga, možemo očekivati da država koja ima veći BDP ima veću privrednu aktivnost. Bruto domaći proizvod Bosne i Hercegovine iznosi 25.654.344 KM, odnosno izraženo po stanovniku 6.688 KM. Prema istraživanju *World Economic Forum*, ovakav indikator svrstava Bosnu i Hercegovinu na 88. mjesto od ukupno 148. svjetskih ekonomija (WEF, 2013). U 2013. godini procjena **BDP-a po glavi stanovnika u Federaciji BiH** iznosi 7.188 KM, a u **Zeničko-dobojskom kantonu** 5.984 KM. U ZDK procjenjuje se da je ostvaren BDP u iznosu od 2.386 miliona KM (14,2% u odnosu na BDP FBiH).

U 2013. godini u FBiH ostvaren je **rast fizičkog obima industrijske proizvodnje** po stopi od 7,4%. Učešće fizičkog obima industrijske proizvodnje u Zeničko-dobojskom kantonu u industrijskoj proizvodnji Federacije BiH iznosilo je 19,7%, dok je u ovom kantonu ostvaren rast fizičkog obima industrijske proizvodnje za 2,0% u 2013. godini.

Zvanični **procent zaposlenih** u Federaciji BiH u 2013. godini iznosio je 47,18%, a u Zeničko-dobojskom kantonu 50,60%. **Procenat nezaposlenih** u ZDK je manji od prosjeka u Federaciji, a veći od nezaposlenosti u TK, USK i SBK.

	FBiH	ZDK	TK	USK	SBK	KS
Nezaposleni (%)	52,82%	49,40%	44,98%	41,20%	48,67%	62,84%
Zaposleni (%)	47,18%	50,60%	55,02%	58,80%	51,33%	37,16%
Prosječna plata (KM)	835	731	738	774	698	1.029

Tabela 2.1.1. Zvanična stopa nezaposlenosti i prosječna plata po kantonima za 2013. godinu

Izvor podataka: Federalni zavod za statistiku, 2013.

Broj zaposlenih u Zeničko-dobojskom kantonu bilježi značajan pad od 1991. do 1998., a nakon toga neznatno pada ili se zadržava na istom nivou (*Tabela 2.1.2.*).

	1991.	1998.	2005.	2007.	2008.	2009.	2013.
Zaposleni	114.316	68.900	66.718	70.918	73.267	70.386	68.554

Tabela 2.1.2. Trend kretanja ukupnog broj zaposlenih u ZDK

Izvor podataka: Federalni zavod za statistiku

2.1.2.3. Relativno povoljna starosna struktura stanovništva

Prema procijeni Federalnog zavoda za statistiku sredinom 2013. godine na području Kantona je živjelo **398.655 stanovnika**. Distribucija stanovništva prema dobnim skupinama na Kantonu i po općinama prikazana je u *Tabeli 2.1.3.* Starosna struktura stanovništva je važna, jer uslovljava specifičnost zdravstvenih potreba. Pretežno starije stanovništvo obično boluje od dvije do tri hronične bolesti koje je potrebno konstantno tretirati, te je polazna osnova za planiranje i programiranje mjera koje je neophodno provoditi u zajednici s ciljem optimalnog zadovoljavanja potreba u području zdravstvene zaštite i unapređenja zdravlja sa ograničenim resursima. Za naredni desetogodišnji period, ovakva starosna struktura stanovništva je relativno povoljna. Starosna struktura stanovništva odgovara stacionarno-regresivnom tipu. Najnepovoljnija je situacija u općinama Vareš, Usora i Zenica, a povoljna u općinama Tešanj, Doboj Jug i Žepče.

Općina	Ukupno	Starost (%)		
		0 - 14	15 - 64	65+
Breza	13.890	2.288 (17%)	9.735 (70%)	1.867 (13%)
Doboj Jug	4.983	910 (18%)	3.596 (72%)	477 (10%)
Kakanj	43.144	7.288 (17%)	30.857 (72%)	4.999 (11%)
Maglaj	23.279	4.263 (18%)	16.047 (69%)	2.969 (13%)
Olovo	11.735	2.091 (18%)	7.985 (68%)	1.659 (14%)
Tešanj	48.550	9.966 (21%)	35.033 (72%)	3.551 (7%)
Usora	6.859	975 (14%)	4.722 (69%)	1.162 (17%)
Vareš	10.048	1.415 (14%)	6.469 (64%)	2.164 (22%)
Visoko	40.180	7.713 (19%)	28.242 (70%)	4.225 (11%)
Zavidovići	37.770	7.534 (20%)	26.249 (69%)	3.987 (11%)
Zenica	127.162	21.002 (17%)	87.280 (69%)	18.880 (15%)
Žepče	31.055	6.103 (20%)	21.547 (69%)	3.405 (11%)
ZDK	398.655	71.548 (18%)	277.762 (70%)	49.345 (12%)

Tabela 2.1.3. Broj i starosna struktura stanovništva po općinama u 2013. godini

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.4. Negativni trendovi osnovnih pokazatelja vitalne statistike

Osnovni pokazatelji vitalne statistike za Zeničko-dobojski kanton, po godinama, prikazani su u *Tabeli 2.1.4.* Kao što se može vidjeti, od 1991. do 2013. godine ukupan broj stanovnika, natalitet, mortalitet i prirodni priraštaj **imaju uglavnom negativan trend**. Kretanje stope dojenačke smrtnosti je povoljnije i bilježi konstantan pad.

U 2013. godini ukupno je **3.348 osoba smrtno završilo**, od čega njih 1.758 je muških i 1.590 je ženskih. Sa smrtnim ishodom završilo je i 14 dojenčadi, a nasilnih smrti je bilo 78. Ukupan broj smrtnih ishoda u 2012. godini na Kantonu je bilo 3.313 (1.714 muških i 1.599 ženskih). Od toga je 19 dojenčadi i 75 nasilnih smrti.

	1991.	1998.	2006.	2008.	2011.	2012.	2013.
Broj stanovnika	475.431	428.870	401.590	400.848	399.856	399.485	398.655
Gustina naseljenosti (st/km ²)	149	128	120	120	120	119	119
Natalitet (‰)	16,7	13	9,3	10,5	9,3	9,3	8,6
Mortalitet (‰)	5,9	7,0	7,6	7,9	8,0	7,8	8,4
Dojenačka smrtnost (‰)	18,1	21,2	11,4	8,3	5,1	5,0	4,1
Prirodni priraštaj (‰)	10,8	6,0	1,7	2,7	1,3	1,5	0,2

Tabela 2.1.4. Trend kretanja osnovnih pokazatelji vitalne statistike

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Indeks prirodno kretanje stanovništva (odnos između živorođenih i umrlih) za Zeničko-dobojski kanton u 2012. godini iznosio je 113. Drugim riječima, na 100 umrlih dolazi 113 živorođenih. Prisutan je trend pada ovog vitalnog indeksa u posljednje četiri godine: 134 (2008. godine), 131 (2009. godine), 126 (2010. godine) i 116 (2011. godine).

Poredeći podatke prema vrijednostima u Federaciji BiH, zapaža se da je stopa nataliteta u Federaciji manja nego na Kantonu (8,8‰), stopa mortaliteta je veća u Federaciji Bosne i Hercegovine (8,3‰), stopa dojenačke smrtnosti neznatno viša (6‰), i prirodni priraštaj je znatno manji (0,6‰). **Opći vitalni pokazatelji su u granicama prosječnih vrijednosti FBiH.**

2.1.2.5. Vodeći uzroci smrtnosti na području Zeničko-dobojskog kantona

U 2013. godini ukupno je 3.348 osoba smrtno završilo, od čega njih 1.758 je muških i 1.590 je ženskih. Sa smrtnim ishodom završilo je i 14 dojenčadi, a nasilnih smrti je bilo 78.

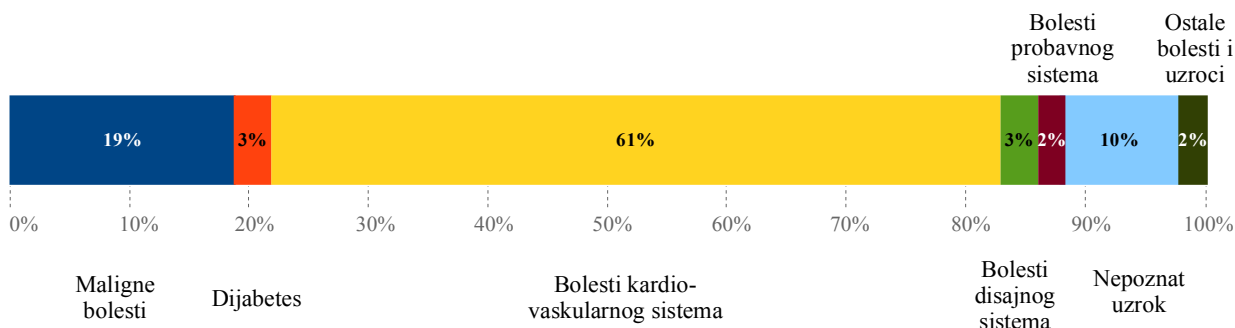
Tabela 2.1.5. prikazuje trend kretanja **prosječne starosti umrlih**. Na osnovu podataka, može se uočiti blagi trend porasta prosječne starosti umrlih. Prosječna starost umrlih je 70,89 godina (za muškarce iznosi 68,82 godina, a za žene 73,30 godina).

Spol	Prosječna starost umrlih						
	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Muški	66,77	66,72	66,77	67,32	68,01	67,81	68,82
Ženski	70,94	71,80	71,18	72,10	72,74	72,48	73,30
Ukupno	68,72	69,14	68,83	69,66	70,20	70,00	70,89

Tabela 2.1.5. Trend kretanja prosječne starosti umrlih

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

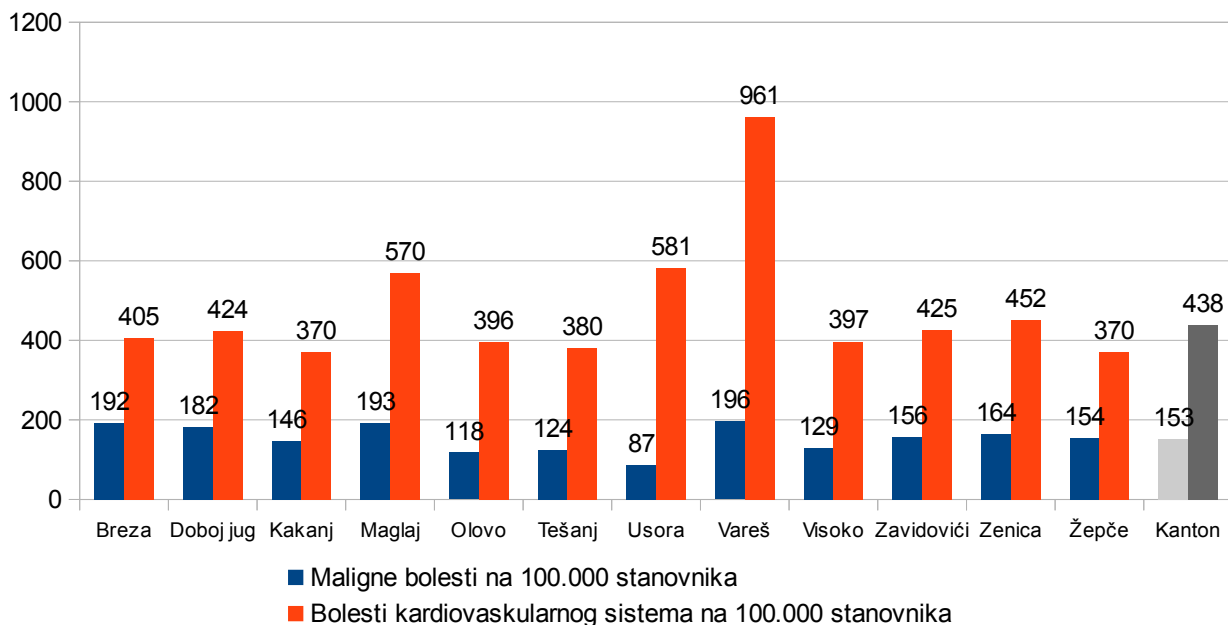
Slika 2.1.4. prikazuje vodeće uzroke smrtnosti. Vodeće bolesti zbog kojih nastupa smrt su bolesti srca i krvnih sudova sa 52% učešća, zatim slijede maligne bolesti sa 18%, te **bolesti metabolizma sa 7% gdje je najčešća šećerna bolest**. Među kardiovaskularnim bolestima najčešće se javlja srčana slabost, akutni srčani udar i moždani udar. Kod malignih bolesti najčešći je malignom pluća, maligni tumor dojke, tumor želuca, te maligni tumor debelog crijeva. Fibroza i ciroza jetre su vodeći uzroci smrti iz grupe oboljenja probavnog sistema.



Slika 2.1.4. Vodeći uzroci smrtnosti

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Slika 2.1.5. prikazuje stope najčešćih uzroka smrti (kardiovaskularne i maligne bolesti) po općinama. Kao uzrok smrti, kardiovaskularne bolesti su najzastupljenije u općinama Vareš, Usora i Maglaj. U odnosu na 100.000 stanovnika, najveći broj osoba koji smrtno završe od malignih bolesti dolaze iz Vareša, a zatim slijede Maglaj i Breza.



Slika 2.1.5. Kardiovaskularne i maligne bolesti kao uzroci smrti po općinama

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.6. Pokazatelji zdravlja

2.1.2.6.1. Vodeća oboljenja po dobnim skupinama

Vodeća oboljenja po dobnim skupinama su različita. *Tabela 2.1.6.* daje pregled najčešćih bolesti razvrstane po dobnim grupama na Kantonu. Vodeće bolesti od kojih je stanovništvo Kantona bolovalo jesu respiratorne bolesti, zatim bolesti kardiovaskularnog sistema, a potom bolesti probavnog sistema.

Kod **djece do šest godina** starosti se javilo ukupno 55.975 oboljenja. Pet vodećih grupa oboljenja kod ove skupine učestvovala su sa 81% u ukupnom registrovanom morbiditetu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece do šest godina. Najčešća oboljenja djece do šest godina starosti su akutne infekcije respiratornih puteva, zatim gastrointestinalna oboljenja, oboljenja kože, anemije i oboljenja uha.

Kod **školske djece i omladine** registrovano je ukupno 50.944 oboljenja. Pet vodećih oboljenja školske djece i omladine učestvovala su sa 85,3% u ukupnom registrovanom morbiditetu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti školske djece i omladine. U ovoj dobnj grupi akutne infekcije gornjih respiratornih puteva su najčešće oboljenje, zatim slijede gastrointestinalna oboljenja, oboljenja kože, urogenitalna oboljenja i oboljenja oka.

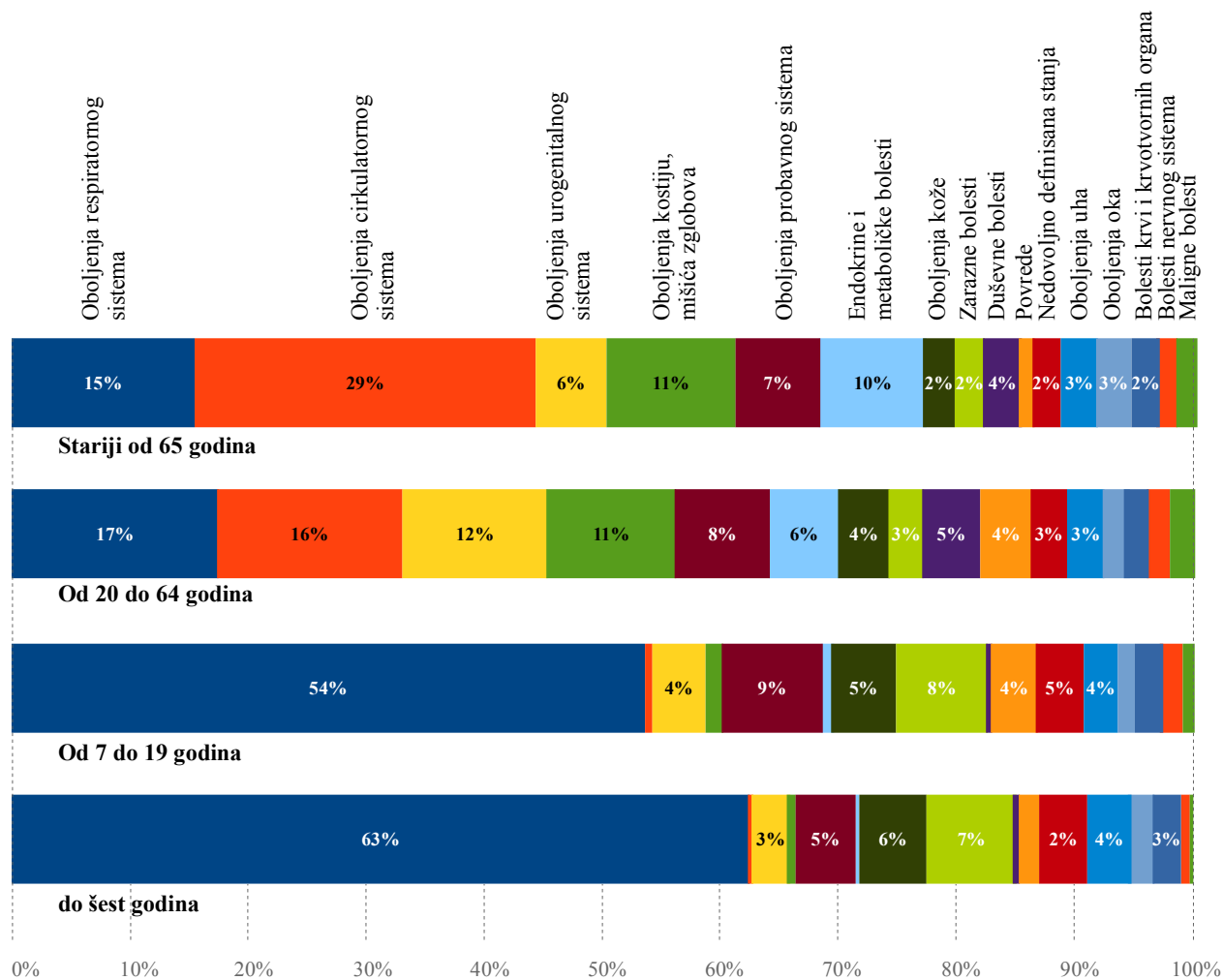
Kod **odraslog stanovništva** registrovano je ukupno 160.894 oboljenja. Pet vodećih oboljenja odraslih su učestvovala sa 69,4% u ukupnom registriranom morbiditetu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odraslih. Kod ove grupe stanovnika kardiovaskularna oboljenja su vodeća, zatim slijede respiratorna, urogenitalna, gastrointestinalna i endokrina.

	Ukupno	Na 100.000 st.	Mladi od šest godina	7-19 godina	20-64 godina	Preko 64 godine
Zarazne bolesti	13.616	3.415	3.498	4.078	4.704	1.336
Maligne bolesti	4.583	1.150	8	53	3.444	1.078
Bolesti krvi i krvotvornih organa	7.808	1.959	1.647	985	3.903	1.273
Endokrine i metaboličke bolesti	17.909	4.492	106	338	10.781	6.684
Duševne bolesti	11.889	2.982	9	201	9.025	2.654
Bolesti nervnog sistema	5.543	1.390	71	341	3.909	1.222
Oboljenja oka	8.186	2.053	977	1.283	3.735	2.191
Oboljenja uha	10.069	2.526	1.711	1.967	4.447	1.944
Oboljenja cirkulatornog sistema	48.760	12.231	0	172	28.175	20.413
Oboljenja respiratornog sistema	101.141	25.371	29.848	29.370	31.352	10.571
Oboljenja probavnog sistema	26.143	6.558	2.403	4.774	14.002	4.964
Oboljenja kože	14.970	3.755	2.702	2.836	7.737	1.695
Oboljenja kostiju, mišića zglobova	28.307	7.101	95	686	19.706	7.820
Oboljenja urogenitalnog sistema	29.538	7.409	1.358	2.392	21.606	4.182
Nedovoljno definisana stanja	11.674	2.928	2.110	2.575	5.740	1.249
Povrede	11.864	2.976	780	2.303	7.925	856
UKUPNO	341.929	85.771	55.975	50.944	160.894	63.545

Tabela 2.1.6. Obolijevanja po dobnim grupama u 2013. godini

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Kod **stanovništva starijeg od 65 godina** registrovano je ukupno 63.545 oboljenja. Pet vodećih oboljenja starijih od 65 godina učestvovala su sa 79,4% u ukupnom registriranom morbiditetu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ove populacione grupe. Hipertenzivno oboljenje je najčešće oboljenje kod stanovništva starijeg od 65 godina, zatim slijede respiratorna, reumatska oboljenja, dijabetes i oboljenja probavnog sistema.



Slika 2.1.6. Struktura oboljenja za različite dobne skupine

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.6.2. Trendovi obolijevanja od vodećih bolesti

Kada su pitanju trendovi obolijevanja od učestalih bolesti na području Zeničkog-dobojskog kantona, *Tabela 2.1.7.* daje pregled kretanja najčešćih obolijevanja. Bolesti krvotoka bilježili su konstantan rast do 2012. godine, a u 2013. godini su neznatno opali. Tumori također bilježe konstantan rast od 2007. do 2013. godine.

Vrsta bolesti	Broj oboljelih						
	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Bolesti krvotoka	38.998	41.822	44.896	44.381	47.317	52.005	48.760
Tumori	2.314	2.799	3.173	3.489	3.491	3.848	4.583
Bolesti organa za disanje	108.405	111.297	114.245	103.239	114.502	93.987	101.141
Bolesti organa za varenje	24.126	27.595	25.928	25.262	26.222	30.502	26.143
Ostalo	137.130	152.419	157.780	154.987	159.605	159.876	161.302
Ukupno	310.973	335.932	346.022	331.358	351.137	340.218	341.929

Tabela 2.1.7. Najčešće bolesti na području Zeničko-dobojskog kantona po godinama

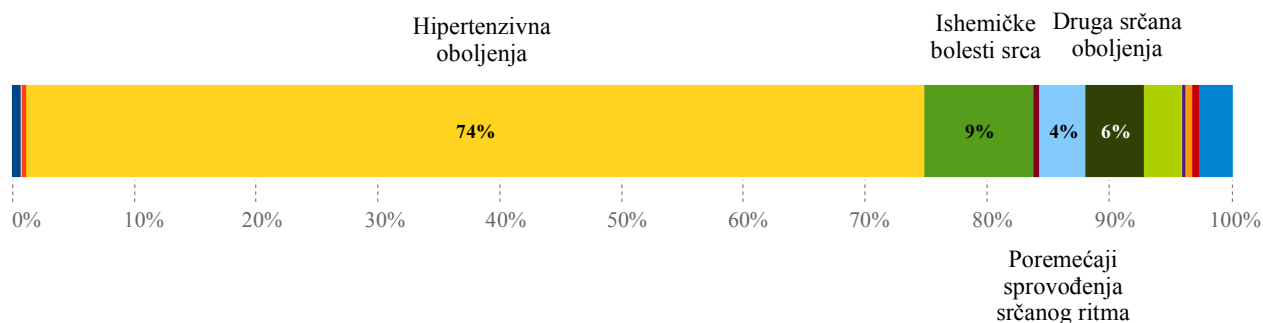
Prilagođeno prema: Revizija integrirane strategije razvoja ZE-DO kantona za period 2016. – 2020. (Socio-ekonomska analiza), Prednacr / Radna verzija 2: 01.12.2014.

2.1.2.6.3. Oboljenja kardiovaskularnog sistema

Prema statističkim pokazateljima vodeći uzrok mortaliteta su kardiovaskularna oboljenja. To su, također, i vodeći uzroci obolijevanja kod radnoaktivnog stanovništva i lica treće dobi. Znatno broj ovih bolesnika ima smanjenu radnu sposobnost, ekonomske, emotivne i druge smetnje.

Nastanak većine ovih bolesti se može preduprijeti zdravijim odnosom prema nekim navikama (stilovima življenja), a kod već oboljelih se može spriječiti pojava komplikacija i rizik od prerane smrti. Glavni rizici za pojavu ovih bolesti su loše navike životnog stila (sedatni način življenja, nepravilna prehrana i pušenje) i nepovoljna životna okolina.

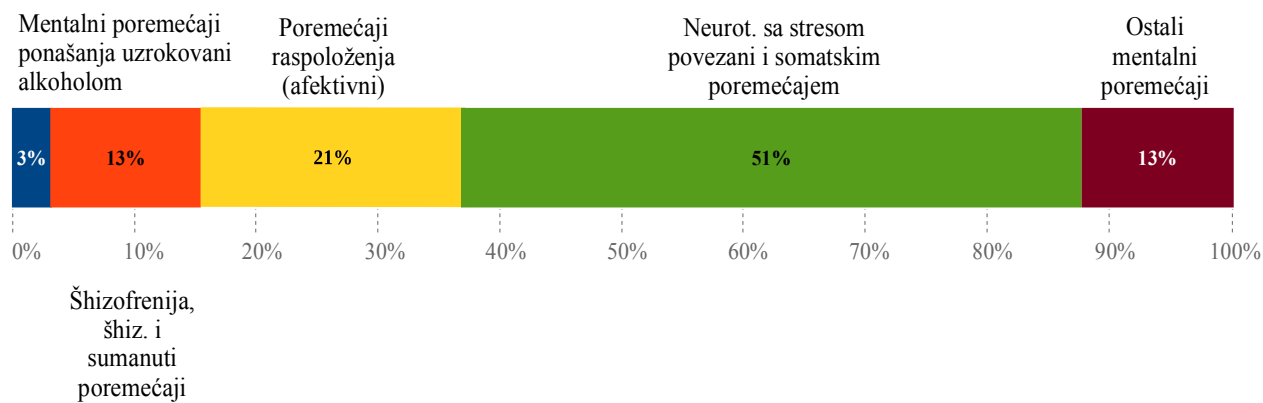
Pet vodećih hroničnih oboljenja kardiovaskularnog sistema (KVS) učestvuju sa 90,2% u ukupnom morbiditetu hroničnih. Najznačajnije hronično oboljenje cirkulatornog sistema je povišen krvni pritisak. *Slika 2.1.7.* daje pregled vodećih bolesti kardiovaskularnog sistema na ZDK u 2013. godini.



Slika 2.1.7. Vodeće bolesti kardiovaskularnog sistema u 2013. godini
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.6.4. Poremećaji mentalnog zdravlja

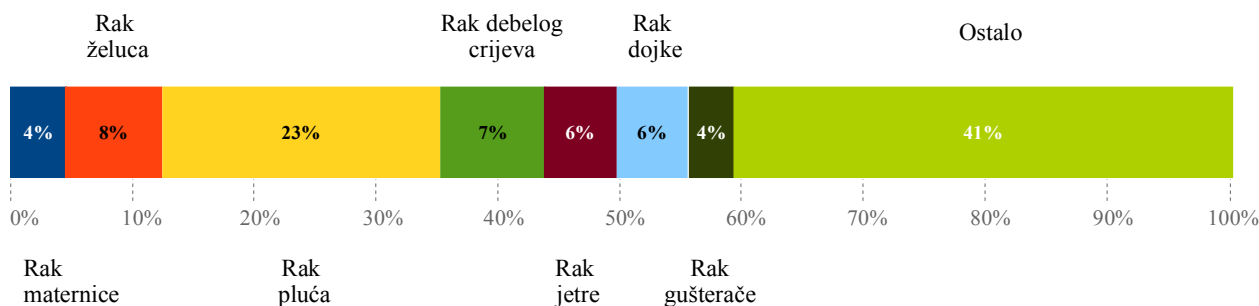
Pored bolesti cirkulatornog sistema, poremećaji mentalnog zdravlja su također značajan faktor nesposobnosti radnoaktivnog stanovništva. Najčešća oboljenja ove grupe bolesti jesu neurotski poremećaji. Primjetan je generalni trend porasta neurotskih poremećaja, zatim slijede poremećaji raspoloženja i šizofrenija.



Slika 2.1.8. Vodeći mentalni poremećaji u 2013. godini
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

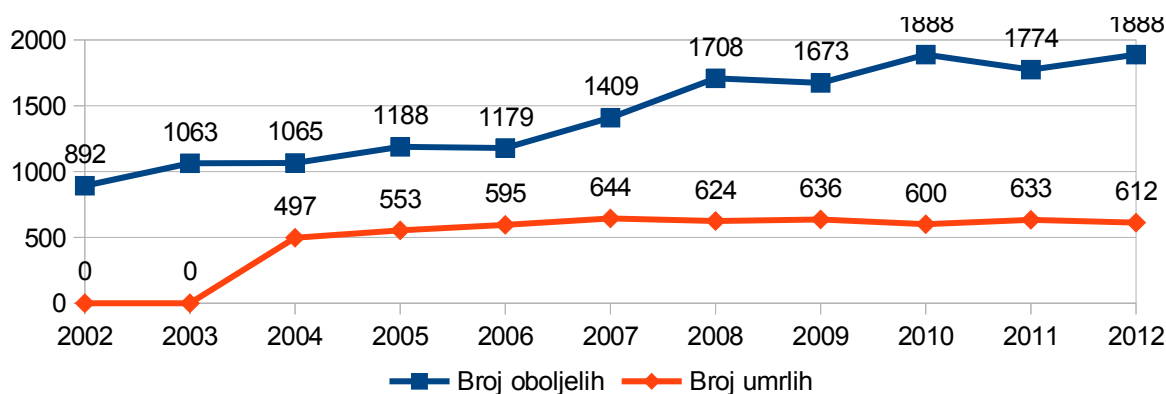
2.1.2.6.5. Maligna oboljenja

U strukturi uzroka smrti od malignih oboljenja rak pluća i bronha su najučestaliji, na drugom mjestu karcinom želuca i debelog crijeva, a zatim rak jetre (*Slika 2.1.9.*). Veliki broj je preventabilnih i izlječivih malignoma koji su uzrokovali smrt (rak debelog crijeva, rak dojke, rak želuca, ženskih polnih organa...). Kod muškaraca je smrtni ishod najčešće uzrokovan tumorom pluća i bronha, zatim tumorom želuca, prostate, jetre i mozga; a kod žena najčešći uzrok smrti od malignih bolesti uzrokovan je tumorom dojke, pluća i jetre.



Slika 2.1.9. Maligni tumori kao uzroci smrti po lokacijama u 2013. godini
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

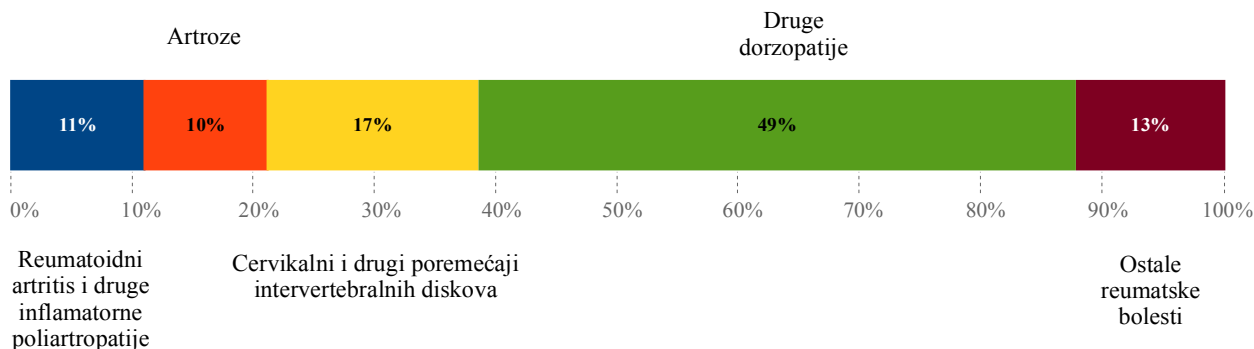
Slika 2.1.10. prikazuje trend kretanja oboljelih i umrlih od malignih bolesti u periodu od 2002. do 2011. godine. Primjetan je lagan rast oboljelih i umrlih od malignih bolesti. Prema dostupnim podacima, otprilike 50% oboljelih od malignih bolesti završe sa smrtnim ishodom tokom prve godine.



Slika 2.1.10. Trend kretanja zloćudnih tumora
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.6.6. Koštano-mišićna oboljenja

Ukupan broj koštano-mišićnih oboljenja za 2013. godinu je iznosio 28.307. Najzastupljenija oboljenja ove vrste na Kantonu su bolesti kičmenog stuba, zatim bolesti zglobova, a potom slijedi reumatoidni artritis.



Slika 2.1.11. Struktura vodećih reumatskih bolesti u 2013. godini
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

2.1.2.6.7. Zdravlje žena

Od ukupnog broja umrlih, žene čine 47,6%. Žene najčešće umiru od kardiovaskularnih bolesti (52% slučajeva), zatim slijede maligne bolesti (15% slučajeva) i bolesti metabolizma (13% slučajeva). Žene češće umiru od bolesti srca i krvnih sudova nego muškarci. Vodeća nemaligna oboljenja ženske populacije na ZDK su poremećaji menstruacije (12,2% slučajeva u ukupnom morbiditetu), zatim slijede menopauzalni problemi, kandidijaza i anemija. Za 2012. godinu prijavljeno je ukupno 42.607 oboljenja svojstvenih ženskoj populaciji.

Broj pobačaja u 2012. godini iznosio je 1.111 i manji je nego u prethodnoj godini kada je bilo ukupno 1.402 pobačaja. Učešće spontanijih pobačaja, kao jedan od znakova poremećaja ženskog zdravlja, u strukturi svih abortusa iznosi 42% što je za 2% manje nego prethodnih godina: 31% (2003. godina), 29% (2004. godina), 28,4% (2005. godina), 38,3 (2006. godina), 43% (2007. godina), 47% (2009. godina), 46,3% (2010. godina) i 44% (2011. godina). Omjer izvršenih namjernih abortusa prema broju poroda je 1 : 9. Vrste i distribucija pobačaja po dobnim skupinama na ZDK u 2012. godini prikazana je u *Tabeli 2.1.8.*

Dobne grupe	Vrsta i broj abortusa			
	Spontani	Medicinski	Ostali	Ukupno
Ispod 15 godina	0	0	0	0
15 - 19 godina	18	11	6	35
20 - 24 godina	106	34	47	187
25 - 29 godina	128	48	88	264
30 - 34 godina	100	57	162	319
35 - 39 godina	77	52	71	200
40 - 44 godina	37	31	24	92
45 - 49 godina	4	6	4	14
Preko 49 godina	0	0	0	0
Svega	470	239	402	1.111

Tabela 2.1.8. Abortusi po vrstama i dobi trudnica u 2012. godini
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Na području ZDK **uspostavljen je sistem kontinuiranog *screening*-a za rano otkrivanje raka grlića maternice.** U svim općinama postoje ambulate za uzimanje papa briseva, a u Kantonalnoj bolnici se vrši očitavanje nalaza. Obuhvat ovim *screening*-om nije zadovoljavajući.

2.1.2.6.8. Zdravlje djece

Zdravlje djece možemo posmatrati kroz pokazatelje dojenačke smrtnosti (*Tabela 2.1.4.*) i distribucije vodećih bolesti (*Tabela 2.1.6.*). Dojenačka smrtnost predstavlja pokazatelj stepena organizovanosti i dostupnosti dispanzera za žene, a tokom proteklog perioda varirala je od 5,4‰ (2005. godina), 7,7‰ (2006. godina), 5,9‰ (2007. godina), 3,8‰ (2009. godina), 4,9‰ (2010. godina), 5,24‰ (2011. godina) do 0,80‰ (2012. godina). Udio prijevremeno rođenih je 3,2% i veći je za 0,4% nego u prethodnoj godini kada je iznosio 2,8%. Broj rođene djece sa tjelesnom težinom ispod 2.500 grama je iznosio 2,4%, dok je 2011. godine iznosio 1,68%.

2.1.2.6.9. Oralno zdravlje

Oralno zdravlje nije na zadovoljavajućem nivou. Ranija istraživanja zubnih oboljenja su pokazala da dijete sa sedam godina u prosjeku ima dva do tri kariozna zuba, sa 18 godina 9-12 karioznih zubi, a sa 46 godina 20 karioznih zubi. Oko 98% odrasle populacije ima karijes. Pored karijesa, učestalost upale desni je veoma velika. Na području ZDK karijes je vodeće oboljenje zuba i usta, sa ukupno prijavljenih 34.328 slučajeva. Prevalenca karijesa u protekloj godini je bila 8.593 na 100.000 stanovnika. Na drugom mjestu su oboljenja zubne pulpe i periapikalnog tkiva sa prevalencom od 4.922 na 100.000 stanovnika, a zatim slijede druga oboljenja vilice sa stopom od 2.800 oboljelih na 100.000 stanovnika. Navedeni podaci su prikupljeni samo u javnim zdravstvenim ustanovama, te je konačan broj različit, jer se navedena patologija u velikom broju rješava i u privatnim zdravstvenim ustanovama. Posmatrajući stanje oralnog zdravlja kod školske djece, kod kojih se vrše preventivni ciljani pregledi, uočava se vrlo nepovoljno stanje kod djece u prvom razredu osnovne škole gdje je nađeno najviše mliječnih karioznih zubi, a najviše stalnih kariozni zubi nađeno je u dobnom uzrastu za peti razred osnovne škole.

2.1.2.6.10. Povrede

Povrede su, također, značajan faktor u procjeni zdravstvenog stanja stanovništva. Definišu se kao tjelesno oštećenje na organskom nivou, koje nastaje kao posljedica akutnog izlaganja energiji (mehaničkoj, toplotnoj, električnoj, hemijskoj ili zračenju) u intenzitetu koji prelazi prag fiziološke tolerancije. U 2012. godini je bilo ukupno 11.428 povrijeđenih. Povrede možemo posmatrati prema nekim specifičnostima, kao što su recimo iščašenja i uganuća, ili opekotine ili povrede nastale korozivnim djelovanjem kiselina ili baza. Na ZDK u 2012. godini je bilo ukupno 1.029 dislokacija, iščašenja i uganuća. Povrede u kući su značajan uzrok iščašenja, dislokacija i uganuća. Od poznatih uzroka, najčešće povrede su u kući, a zatim na radu.

Među povredama na radu na području cijelog Kantona, daleko najveći dio čine povrede raznih dijelova tijela. S obzirom da su ovako klasificirane, spadaju uglavnom u lakše povrede i ima ih 87,7%. Kada isključimo ovu veliku grupu povreda, najučestalije ostaju opekotine i krozije, a zatim smrskavajuće povrede i traumatske amputacije. Učestalost pojavljivanja povreda na radu po općinama je različita. Najviše povreda na radu (iskazano u odnosu na broj zaposlenih) ima u općini Breza, a zatim slijede Kakanj i Vareš.

U toku 2012. godine na području Zeničko-dobojskog kantona zabilježeno je ukupno 4.027 saobraćajnih nezgoda sa 600 lakše povrijeđenih, 131 teže povrijeđenih i 20 smrtno stradalih lica.

2.1.2.6.11. Zarazne bolesti

Morbiditet od zaraznih bolesti, iako značajno reduciran, još uvijek ima značajan udio u ukupnom obolijevanju. Međunarodne zdravstvene regulative zahtijevaju brzo otkrivanje javno-zdravstvenih rizika i njihovu procjenu, obavješćavanje i djelovanje na rizike. Zbog toga je potreban osjetljiv i fleksibilan sistem nadzora uz funkciju ranog upozoravanja.

Sistem nadzora i kontrole zaraznih oboljenja na području Zeničko-dobojskog kantona regulisan je Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti koji je usklađen sa zakonima Evropske unije. U sistemu nadzora i kontrole zaraznih bolesti učestvuje cijeli zdravstveni sistem.

U toku 2012. na Kantonu je prijavljeno 3.649 zaraznih oboljenja, i u odnosu na isti period prošle godine njihov broj je smanjen za 39%. Najbrojnije su bile kapljične zarazne bolesti koje u ukupnom obolijevanju učestvuju sa 66%. Prosječna stopa morbiditeta od akutnih zaraznih bolesti na Kantonu iznosila je 9,11 na 1.000 stanovnika. Najviša stopa obolijevanja od zaraznih bolesti (18,03 na 1.000 stanovnika) bila je u općini Visoko, a najniža u općini Žepče (3,5 na 1.000 stanovnika). Iznad kantonalnog prosjeka je bila stopa obolijevanja u općinama Doboj Jug, Zavidovići, Zenica, Usora i Vareš. Ovi podaci su sumirani na osnovu pojedinačnih prijava zaraznih bolesti koje su poslali ordinirajući ljekari. Kroz zdravstveni statistički sistem na području Kantona registrovano je 15.396 zaraznih oboljenja.

U toku 2013. na Kantonu je zvanično prijavljeno 2.497 zaraznih oboljenja na pojedinačnim prijavama, a na grupnim prijavama je registrirano 4.535 oboljenja sličnih gripi, 7.620 akutnih respiratornih infekcija, te 36 teških respiratornih infekcija koje su zahtijevale hospitalizaciju oboljelih. Najveći broj ovih oboljenja registriran je krajem februara i u prvoj polovini marta. Broj pojedinačnih prijava zaraznih bolesti i u 2013. godini ne odgovara stvarnom stanju na terenu. Prosječna stopa morbiditeta od zaraznih bolesti na Kantonu uključujući gripu iznosila je 17,60 na 1.000 stanovnika i veća je u odnosu na prethodnu godinu.

U ukupnom obolijevanju stanovništva od zaraznih bolesti, crijevne zarazne bolesti su imale veliko učešće. Broj oboljelih od Hepatitisa B i C je u blagom porastu. Prevencija Hepatitisa B za odrasle u vidu vakcine dostupna je samo na komercijalnoj osnovi. U toku 2012. godine prijavljena su četiri slučaja meningokokne sepse u općini Tešanj, tri slučaja u općini Žepče, jedan slučaj u općini Zenica i jedan slučaj u općini Kakanj. U toku 2013. godine na Kantonu je prijavljeno pet slučajeva meningokokne sepse i to u općinama Olovo, Žepče, Kakanj, Visoko i Doboj Jug.

U prošloj godini nastavio se trend opadanja oboljelih od aktivne tuberkuloze, zahvaljujući uvođenju DOTS strategije u liječenju ovih bolesnika i zalaganju zdravstvenih radnika.

2.1.2.6.12. Obuhvat imunizacijom

Obaveznoj imunizaciji djece pripada najvažnije mjesto u prevenciji zaraznih oboljenja. Zakonski propisi nalažu visok procenat obuhvatnosti obveznika vakcinama u cilju stvaranja tzv. "kolektivnog" imuniteta. Prosječna obuhvatnost imunizacijama na Kantonu u 2013. godini prikazana je u *Tabeli 2.1.9.*

	Vrsta vakcine	Ciljna dobna skupina			Druge skupine		
		Broj planiranih	Broj vakcinisanih	Postotak	Broj planiranih	Broj vakcinisanih	Postotak
PRIMOVAKINACIJA	BCG	3665	161	4%	29	17	59%
	Hepatitis B 1	3665	141	4%	28	26	93%
	Hepatitis B 2	3665	3465	95%	129	85	66%
	Hepatitis B 3	3665	3277	89%	464	256	55%
	DTP- IPV 1	3665	3411	93%	195	131	67%
	DTP - IPV 2	3665	3350	91%	300	190	63%
	DTP - IPV 3	3665	3211	88%	531	285	54%
	DT 1	0			41	31	76%
	DT 2	0			39	24	62%
	DT 3	0			12	12	100%
	Hib 1	3665	3397	93%	169	119	70%
	Hib 2	3665	3327	91%	336	264	79%
	MRP	3592	3292	92%	512	220	43%
REVAKINACIJA	Hib	3278	2943	90%	428	255	60%
	OPV I	3368	3159	94%	555	370	67%
	DTPa	3489	3139	90%	60	56	93%
	OPV II	3524	3175	90%	419	334	80%
	MRP	3638	3430	94%	411	292	71%
	dT adult	4242	3743	88%	456	300	66%
	OPV III	4247	3752	88%	414	251	61%
	DT	0			528	428	81%
	Tetanus	5190	4612	89%	535	363	68%

Tabela 2.1.9. Prosječna obuhvatnost imunizacijama na Kantonu u 2013. godini

Tumač skraćenica: **BCG** (Bacille Calmette-Guerin- vakcina protiv tuberkuloze), **Hep. B** (vakcina protiv hepatitisa B), **Hib** (vakcina protiv hemofilusa influence tip b), **DTPa** (acelularna vakcina protiv difterije, tetanusa i pertusisa), **DTPa-IPV** (acelularna vakcina protiv difterije, tetanusa, pertusisa i inaktivna vakcina protiv poliomijelitisa), **OPV** (oralna vakcina protiv poliomijelitisa), **IPV** (inaktivna vakcina protiv poliomijelitisa), **MRP** (vakcina protiv morbila) rubeole i parotitisa), **DT pediatric** (vakcina protiv difterije i tetanusa za djecu do sedam godina), **dT pro adultis** (vakcina protiv difterije i tetanusa za djecu stariju od sedam godina), **TT** (vakcina protiv tetanusa)

2.1.2.7. Sanitarno-higijenski problemi

Na osnovu istraživanja koje je Kantonalni zavod vršio u saradnji sa drugim zdravstvenim ustanovama, radnim organizacijama u oblasti komunalne higijene, laboratorijskih analiza, sanitarno-higijenske i epidemiološke situacije, glavni sanitarno-higijenski problemi, koji generiraju ili mogu generirati nepovoljnu epidemiološku situaciju na području Zeničko-dobojskog kantona, su sljedeći:

- Nedovoljno razvijen sistem javno-zdravstvene kontrole vode za piće;
- Loše sanitarno-tehničko stanje lokalnih vodnih objekata, a u znatnoj mjeri i gradskih vodovoda;
- Nedovoljan nadzor nad zdravstvenom ispravnošću vode iz lokalnih vodovoda, bunara, kaptiranih i nekaptiranih izvora;
- Nedovoljan obuhvat prečišćavanja komunalnih i industrijskih otpadnih voda;
- Nepostojanje ili sanitarno-tehnička neispravnost većine lokalnih objekata za uklanjanje tečnih otpadnih materija, koje kontaminiraju površinske i podzemne vode i tako stalno i dugoročno ugrožavaju zdravlje stanovnika;
- Nezadovoljavajuće opće higijensko stanje naselja, sa prisustvom znatnih količina krutih otpadaka po slobodnim gradskim površinama, oko posuda za prikupljanje i odvoženje smeća, na obalama vodotoka i u samom koritu vodotoka koji protiču kroz prigradska i gradska naselja;
- Neriješeno pitanje odvoza i krajnje dispozicije smeća iz većine seoskih naselja;
- Loše sanitarno-tehničko stanje i lokacija deponija krutih otpadaka.

Od **uzetog broja uzoraka namirnica na mikrobiološku analizu** neispravnih je bilo 4,0%, dok je od **uzetog broja uzoraka namirnica na fiziko-hemijsku analizu** zdravstveno neispravnih uzoraka bilo 0,4%.

Od **uzetog broja uzoraka vode za piće** iz lokalnih vodnih objekata 45% je mikrobiološki neispravno i u odnosu na prethodne godine uočava se trend povećanje. Iz gradskih vodovoda evidentirano je 2,35% mikrobiološki neispravnih uzoraka gdje je, također, prisutan trend povećanja. Od **uzetog broja uzoraka vode za piće** na fiziko-hemijsku analizu iz lokalnih vodnih objekata bilo je 15% fiziko-hemijski neispravnih, a iz gradskih vodovoda 1,2% uzoraka je fiziko-hemijski neispravno.

	Iz lokalnih vodnih objekata	Iz gradskih vodovoda
2009.	18,00%	1,28%
2010.	23,30%	3,44%
2011.	19,00%	1,63%
2012.	31,00%	1,39%
2013.	45,00%	2,35%

Tabela 2.1.10. Procenat mikrobiološki neispravnih uzoraka

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Koncentracije SO₂ i lebdećih čestica u zraku na području grada Zenice mjerena je u 2013. godini od strane Metalurškog instituta "Kemal Kapetanović" na tri mjerna mjesta: Institut, Crkvice i Tetovo. Kada se promatra cijela godina može se zaključiti: da su godišnje prosječne koncentracije SO₂ u 2013. godini, u odnosu na 2012. godinu, veće na mjernom mjestu "Institut" za 12%, a manje na mjernom mjestu "Crkvice" za 10% i "Tetovo" za 6%. Prosječne godišnje koncentracije ukupnih lebdećih čestica u 2013. godini su smanjene, u odnosu na 2012. godinu na mjernom mjestu "Institut" za 1% i na mjernom mjestu "Tetovo" za 13%.

	Mjerno mjesto "Institut", Zenica					
	Koncentracija SO ₂	GV za SO ₂	CV za SO ₂	Koncentracija ULČ	GV za ULČ	CV za ULČ
2006.	73	90	60	75	150	75
2007.	98	90	60	74	150	75
2008.	98	90	60	89	150	75
2009.	126	90	60	98	150	75
2010.	114	90	60	98	150	75
2011.	139	90	60	123	150	75
2012.	162	90	60	104	150	75
2013.	138	/	/	115	/	/

Tabela 2.1.11. Prosječna godišnja koncentracija SO₂ i ukupnih lebdećih čestica u g/m³ zraka

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

	Broj dana prekoračenja za SO ₂ Institut	Broj dana prekoračenja za SO ₂ Tetovo	Broj dana prekoračenja za SO ₂ Crkvice	Broj dana prekoračenja za ULČ Institut	Broj dana prekoračenja za ULČ Tetovo
2007.	44	34	10	3	10
2008.	35	35	14	5	4
2009.	36	22	6	5	2
2010.	28	18	10	3	8
2011.	67	52	24	11	14
2012.	186	196	146	16	40
2013.	146	173	143	21	34

Tabela 2.1.12. Visoke vrijednosti koncentracija SO₂ i ukupnih lebdećih čestica u g/m³ zraka

Napomena: Visoka vrijednost SO₂ : 240 (125) g/m³ zraka. Dozvoljeno prekoračenje sedam puta (tri puta) u godini
Visoka vrijednost ukupnih lebdećih čestica (ULČ): 350 (250) g/m³ zraka. Dozvoljeno prekoračenje sedam (nijednom) puta u godini

Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

U toku kalendarske 2013. godine **prosječna dnevna koncentracija SO₂** bila je veća od 125 µg/m³ duže od tri dana i to: na mjernom mjestu „Institut“ 146 dana, "Tetovo" 173 dana, a 143 dana na mjernom mjestu "Crkvicama". Koncentracija **ukupnih lebdećih čestica** bila je veća od 250 µg/m³ na mjernom mjestu "Institut" 21 dan, a na mjernom mjestu "Tetovo" 34 dana (dozvoljeno najviše sedam dana u godini).

U 2013. godini su zabilježene **veće maksimalne prosječne dnevne koncentracije SO₂**, na sva tri mjerna mjesta "Institut", "Crkvice" i "Tetovo" u odnosu na 2012. godinu.

J.P. Elektroprivreda Bosne i Hercegovine, Termoelektrana "Kakanj", za rezultate mjerenja koncentracije polutanata sa imisione stanice smještene na "Domu kulture" u Kaknju, kako tvrde u izvještajima, zbog nevršenja verifikacija mjerila na ovoj imisionoj stanici, se ograđuje od bilo kakve odgovornosti, smatrajući podatke nepouzdanim. Zbog toga podatke o koncentraciji polutanata u gradu Kaknju za 2013. godinu dobivene od Termoelektrana "Kakanj" smatramo nerelevantnim za analizu i procjenu njihovog uticaja na zdravlje stanovnika.

Zdravstvena ispravnost školskih voda. U toku 2013. godine Služba je uradila 446 uzorka vode za piće iz školskih objekata na mikrobiološku analizu i 446 uzoraka na fizičko-hemijsku analizu.

Od analiziranog broja uzoraka na mikrobiološku analizu 33,6% bilo je neispravnih uzoraka vode za piće iz školskih objekata, a 12,6 % uzoraka bilo je fizičko-hemijski neispravno.

	Mikrobiološka analiza	Fiziko-hemijska analiza
2007.	30,26%	22,27%
2008.	24,70%	23,60%
2009.	10,20%	19,00%
2010.	11,50%	24,90%
2011.	9,80%	19,30%
2012.	19,8%	22,30%
2013.	33,6%	12,60%

Tabela 2.1.13. Procenat neispravnih uzoraka školskih voda
Prilagođeno prema podacima Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Zdravstvena ispravnost vode za piće iz lokalnih vodnih objekata. U toku 2013. godine urađeno je 582 analize uzoraka vode za piće iz lokalnih vodnih objekata na mikrobiološku analizu i 582 uzorka na fiziko-hemijsku analizu.

Potencijalni **zagađivači zraka** na području ZDK: (1) Termoelektrana Kakanj, (2) Cementara Kakanj, (3) Natron Maglaj i (4) ArcelorMittal Zenica.

Potencijalni **zagađivači vodotokova** na području ZDK: (1) KTK Visoko, (2) Prevent Visoko, (3) Mljekara Zenica, (4) ArcelorMittal Zenica, (5) Rudnici uglja, (6) Natron Maglaj i (7) niz mesara na području Kantona.

2.1.2.8. Legislativno-pravno okruženje

Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine predstavlja polaznu osnovu u definisanju strateških ciljeva, programa i mjera Strategije razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona. Pored međunarodnih konvencija, deklaracija i sporazuma, prepoznata su dva ključna i relevantna zakona za izradu Strategije: **(1) Zakon o zdravstvenoj zaštiti** i **(2) Zakon o zdravstvenom osiguranju**, a koji su također prepoznati i opisani u Strateškom planu razvoja zdravstva u FBiH:

"Federacija Bosne i Hercegovine zakone iz oblasti zdravstva temelji na međunarodnim konvencijama, deklaracijama i sporazumima. Dva temeljna zakona koja regulišu ovu oblast su Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti uređuje načela, način organizacije i provedbe zdravstvene zaštite. Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja, koji se zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti građana." (FMZ 2008, p. 11)

Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine naglašava da su se "...dosadašnje usvojene politike i strategije u oblasti zdravstva bazirale prvenstveno na jačanju primarne zdravstvene zaštite, aktivnostima na jačanju prevencije u oblasti zdravstva, poboljšanju stanja javnog zdravstva i poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite, kao i reformi finansiranja. Međutim, reforma finansiranja nije pratila ostale reforme, te još uvijek nemamo jasne mehanizme prikupljanja sredstava, alokacije resursa, kupovine i ugovaranja usluga, **te alokacija resursa ide na štetu primarne zdravstvene zaštite.**" (FMZ 2008, p. 11)

2.1.2.9. Ostali faktori okruženja

Broj neosiguranih lica. Prema podacima Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja u 2013. godini zdravstveno neosigurano bilo je oko 55.000 stanovnika (14% od ukupnog broja stanovnika Zeničko-dobojskog kantona).

Dugovanja velikih obveznika. Tabela 2.1.14. i 2.1.15. daju pregled dugovanja velikih obveznika. Na dan 31.12.2014. godine njihova ukupna dugovanja iznosila su 77. 606.945 KM.

R.br.	Obveznik uplate	Iznos
1.	Rudnik mrkog uglja Zenica	23.848.307 KM
2.	Rudnik mrkog uglja Breza	16.661.570 KM
3.	Rudnik mrkog uglja Kakanj	18.560.203 KM
4.	Željezara Zenica	9.950.066 KM
5.	Šumsko privredno društvo	3.100.000 KM
6.	Željeznice Federacije Bosne i Hercegovine	3.986.799 KM
7.	Metalno Zenica	1.500.000 KM
UKUPNO		77.606.945 KM
8.	Ostali obveznici u stečaju ili likvidaciji	oko 3.000.000 KM

Tabela 2.1.14. Pregled procjene dugovanja velikih obveznika na dan 31.12.2014. godine

Izvor: Zaključak broj 01-100-22-316/15 sjednice Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja

Za prvih pet mjeseci 2015. godine, procent uplate tri rudnika mrkog uglja (Breza, Zenica, Kakanj) je na niskom stepenu.

R.br.	RMU	Obaveza I-V	Uplata I-V	Procentat uplate	Dug I-V
1.	RMU Breza	1.400.000,00 KM	354.065,58 KM	25,29%	1.045.934,42KM
2.	RMU Zenica	1.650.000,00 KM	177.808,41 KM	10,78%	1.472.191,59 KM
3.	RMU Kakanj	1.800.000,00 KM	637.120,78 KM	35,40%	1.162.879,22 KM

Tabela 2.1.15. Rudnici mrkog uglja – stanje redovnih obaveza za 2015. godinu

Izvor: Zaključak broj 01-100-22-316/15 sjednice Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja

Odlazak medicinskih kadrova. Bosna i Hercegovina, a samim tim i Zeničko-dobojski kanton, suočava se sa sve većim problemom odlaska kvalifikovanih ljudskih kadrova zbog nemotivirajućeg i nestimulirajućeg radnog okruženja. "U najvećem broju zdravstvenih ustanova najmanja plata je sa koeficijentom jedan, odnosno rad u zdravstvenim ustanovama iznosi 330 KM, osnovna plata medicinske sestre je 693 KM, doktora medicine, stomatologije i farmaceuta iznosi 1.155, a ljekara specijaliste 1.386 KM. Ove vrijednosti su 12,5 posto veće u medicinskim ustanovama u Kantonu Sarajevu." (*Babić, 2015*) Strukovni sindikat naglašava da je ovakvo stanje dovelo do toga da veliki broj medicinskih radnika odlazi iz zemlje kako bi poboljšali svoj životni standard, a "...postoji tendencija, dodao je dr. Sarić, da se ovaj trend u narednom periodu još više pojača." (*Babić, 2015*). U prvom kvartalu ove godine ukupno je 751 građanin iz Federacije Bosne i Hercegovine sa školom zdravstvene struke napustio zemlju putem Agencije za zapošljavanje, te su zaposlenje pronašli u Njemačkoj. "Sindikalci podsjećaju da je osnovna plata medicinskog tehničara u FBiH 660 KM, dok je početna plata ove struke u Njemačkoj 1.800 eura, ljekara početnika 2.500, dok ljekar specijalista ima platu od 3.500 do 4.000 eura". (*Babić, 2015*)

Osiguranje kvaliteta zdravstvenih ustanova kroz ovlaštena akreditacijska tijela. Ovlašteno tijelo u oblasti poboljšanja kvalitete, sigurnosti i akreditacije predstavlja **Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (AKAZ)**. Kada je u pitanju osiguranje kvaliteta zdravstvene zaštite, AKAZ je od posebnog značaja:

"AKAZ je u saradnji sa međunarodnim partnerima razvio standarde kvaliteta za sve nivoe zdravstvene zaštite – bolnice, domove zdravlja i timove porodične medicine. Značajan broj tih standarda odnosi se na upravljanje humanim resursima. Bez obzira na razvoj akreditacijskih standarda, u praksi se klinički standardi odnose još uvijek na strukturu i resurse (npr. kreveti, osoblje, oprema), a ne na to kako se koriste, ili koji rezultati se postižu na nivou davalaca usluga ili na populacijskom nivou. I pored uspostavljanja regulatornog okvira za poboljšanje sistema kvalitete, utemeljenja AKAZ-a još uvijek nema značajnijih pomaka na ovom planu. I dalje je prisutno neadekvatno korištenje medicinskih tehnologija, neprihvatljiv nivo varijacija izvršenja, prakse i ishoda, nepotrebni troškovi kao rezultat slabog kvaliteta usluge, nedostatak pokazatelja izvršenja, nedovoljno razvijen sistem upravljanja rizikom-nepovoljni događaji za pacijente." (FMZ 2008, p. 36)

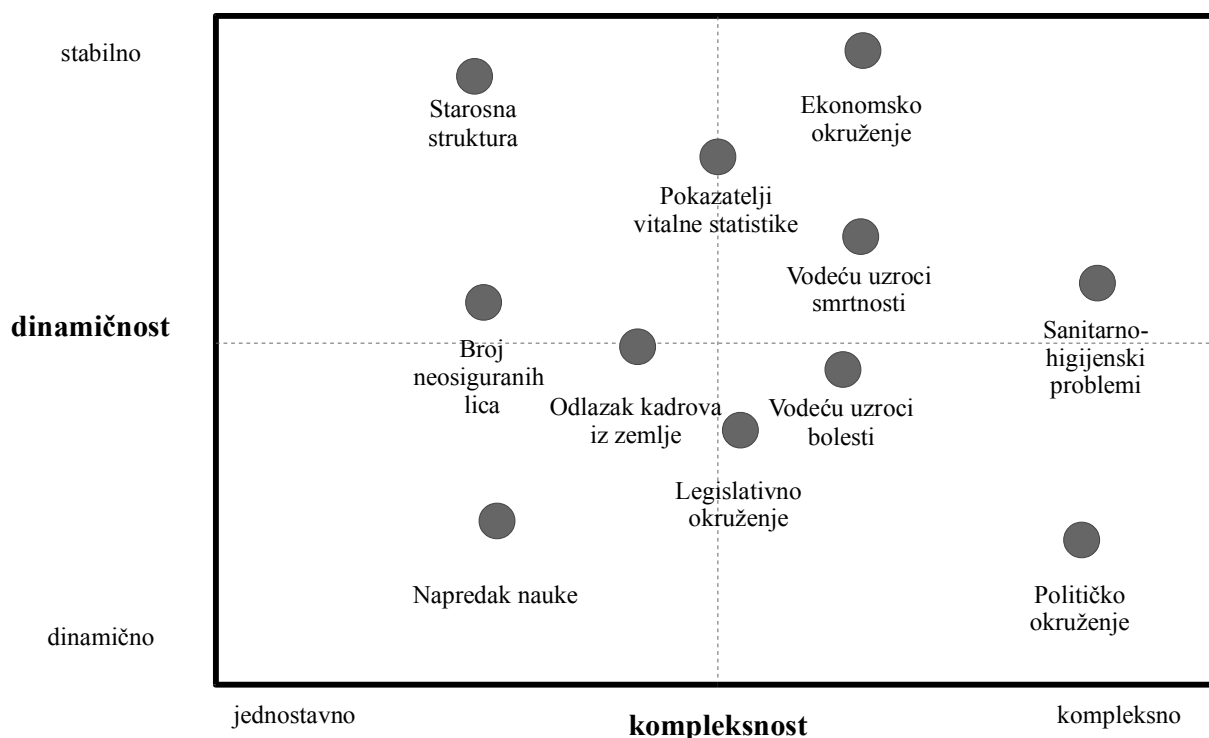
Kako bi se usvojeni standardi kvalitete, sigurnost zdravstvene zaštite i zaštite prava pacijenata dosljedno provodili, nužno je poboljšati dva ključna procesa: nadzor i trajnu edukaciju. Kliničke smjernice, algoritmi i protokoli ključan su instrument u unapređenju i ujednačavanju kvalitete zdravstvene zaštite. Upute ili preporuke za prevenciju, dijagnozu i liječenje specifičnih stanja i bolesti moraju biti razrađene na temelju najboljih postojećih naučnih dokaza, uz saglasnost stručnjaka iz određenog područja. Vodeću ulogu u tom procesu moraju imati stručna društva, strukovne komore i stručnjaci. Kliničke smjernice trebaju se razvijati na svim nivoima zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Praćenje primjene kliničkih smjernica, algoritama i protokola sastavni je dio akreditacije, drugog ključnog instrumenta unapređenja i ujednačavanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata.

Napredak nauke u funkciji povećanja kvaliteta života. Općenito možemo govoriti o značajnom napretku nauke u svim oblastima zdravstvene njege. Primjera radi, Harvardska zdravstvena publikacija sadržavala je program *"Healthy Eating Plate"*, baziran na najnovijim i najboljim naučnim otkrićima, koji pokazuju da određena ishrana može smanjiti rizik od prekomjerne težine i hroničnih bolesti. Nezdrava ishrana je glavni uzrok hroničnih bolesti (Datz, 2015). To je posebno važno s obzirom da se svijet suočava sa rastućom epidemijom gojaznosti, dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti i malignih oboljenja (Datz, 2015).

Medicina rada. Podaci Svjetske zdravstvene organizacije govore da Evropski region u svoje 53 zemlje članice broji oko 400 miliona radnika ili 55% ukupnog stanovništva Evrope, od kojih godišnje 300.000 ili 0,08% ukupnog stanovništva Evrope umre od bolesti vezanih za rad, 27.000 ili 0,01% pogine u nesrećama na radu, a to je uzrok i finansijskom gubitku od 600 milijardi dolara ili 4% BDP.

2.1.3. Razumijevanje prirode okruženja

Naredni korak u postupku eksterne analize nakon identifikacije relevantnih faktora i aspekata okruženja je sagledavanje same prirode okruženja: u kojoj mjeri su okruženje i relevantni faktori okruženja predvidivi u skoroj i daljoj budućnosti. U tom kontekstu, svi faktori se mogu posmatrati kroz dvije dimenzije: **dinamičnost** – sklonost čestim promjenama (stabilno/ dinamično) i **kompleksnost** – koliko je teško analizirati navedeni faktor (jednostavno/ kompleksno).

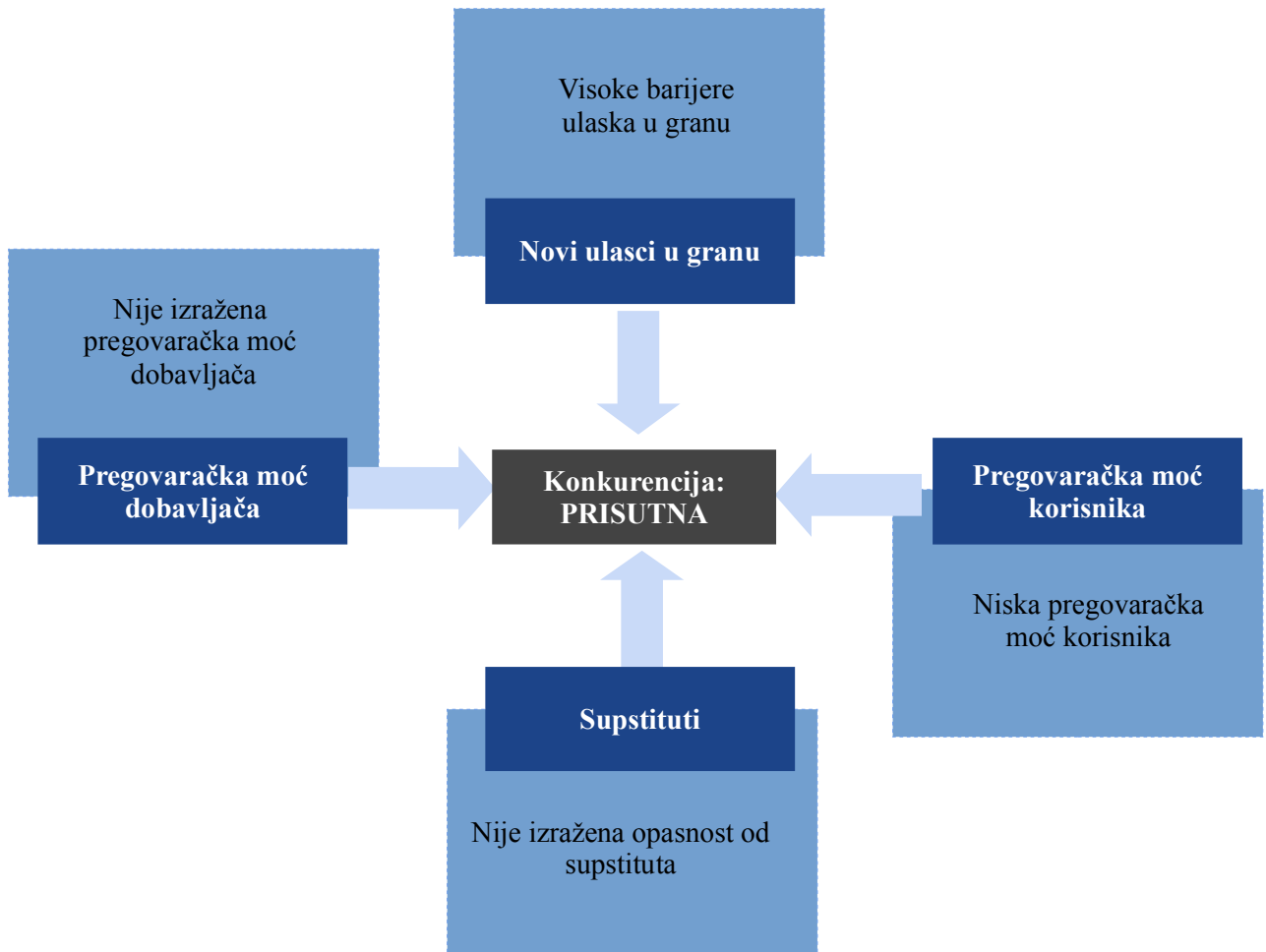


Slika 2.1.12. Razumijevanje prirode okruženja

2.1.4. Zdravstvo kao industrija – Porterov (ekonomski) model analize industrije

Treći korak eksterne analize je analiza industrije. Industrija shvaćena u širem smislu riječi obuhvata "...sve *biznis aktivnosti neophodne da se isporuči proizvod ili usluga koji zadovoljavaju potrebe i očekivanja korisnika.*" (Šunje, 2008) Možemo reći svi učesnici zdravstvenog sektora (domovi zdravlja, bolnice, apoteke, ...) pripadaju, u najširem smislu, **industriji zdravstvene njege**.

Strukturalna analiza industrije obavlja se primjenom općeprihvaćenog koncepta analize industrijskih sila kojeg je razvio **Micheal Porter**: barijere ulaska, pregovaračka moć dobavljača, pregovaračka moć kupaca, mogućnost supstitucije i nivo rivalstva. U nastavku će se na krajnje pregnantan način sagledati stanje datih sila za industriju zdravstvene njege.



Slika 2.1.13. Porterov model analize zdravstvenog sektora

Barijere ulaska za zdravstvenu industriju su visoke, jer zahtijevaju visoka inicijalna ulaganja (relativno visoki fiksni troškovi za sve djelatnosti), kao i barijere ulaska u javni zdravstveni sektor – trenutno se radi se o zakonom uređenoj djelatnosti.

Dobavljači nemaju izraženu pregovaračku moć, jer zdravstveni sektor zbog svoje veličine, može značajno uticati na proces nabavke. **Pregovaračka moć korisnika** zdravstvene zaštite, također, nije izražena: velik broj korisnika mora se prilagoditi ograničenim mogućnostima koje nudi zdravstveni sektor.

Mogućnost **supstitucije** za zdravstveni sektor praktično ne postoji. Ne postoji usluga iz druge industrije koja može zadovoljiti na istovjetan način potrebu za zdravstvenom zaštitom. Ipak, u pojedinim situacijama zdravstvena zaštita može biti supstituirana prirodnim metodama liječenja ili liječenje u drugim kantonima/ državama metodama koje nisu još uvijek razvijene u Zeničko-dobojskom kantonu.

Ukoliko se posmatra samo Zeničko-dobojski kanton, **konkurencija** postoji samo između privatnih i javnih zdravstvenih ustanova. Međutim, ona još uvijek nije izražena.

2.1.5. Identifikovane "prilike" ("O") i prijetnje ("T") iz okruženja

Nakon što je provedena analiza okruženja (identifikovanje relevantnih faktora okruženja kroz PESTLE okvir, razumijevanje prirode okruženja, te analiza ključnih sila industrijske grane kroz Porterov model pet sila), prepoznate su sljedeće "prilike" ("O") i "prijetnje" ("T"):

Prilike ("O")

1. Napredak nauke i tehnologije
2. Uspostavljeni standardi osiguranja kvalitete (AKAZ)
3. Mogućnosti intersektorske saradnje u zaštiti zdravlja stanovnika
4. Dobra geografska povezanost općina unutar Kantona
5. Proces pristupanja Evropskoj uniji
6. Evropski fondovi i kreditne linije Svjetske banke
7. Atraktivna industrija
8. Niska mogućnost supstitucije

Prijetnje ("T")

- Nizak natalitet i prirodni priraštaj
- Promjena starosne strukture stanovništva
- Velik broj zdravstveno neosiguranih stanovnika
- Dugovanja velikih obveznika – problemi u naplati potraživanja po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje.
- Oboljenja kardiovaskularnog sistema i maligna oboljenja, kao vodeći uzroci smrtnosti
- Trendovi oboljelih i umrlih od malignih bolesti su u porastu
- Odlazak zdravstvenih kadrova iz ZDK
- Problemi sanitarno-higijenskih uslova života
- Složeno političko uređenje: država, entitet, kanton
- Nedovoljno ostvarena intersektorska saradnja u zaštiti zdravlja stanovnika



2.2.

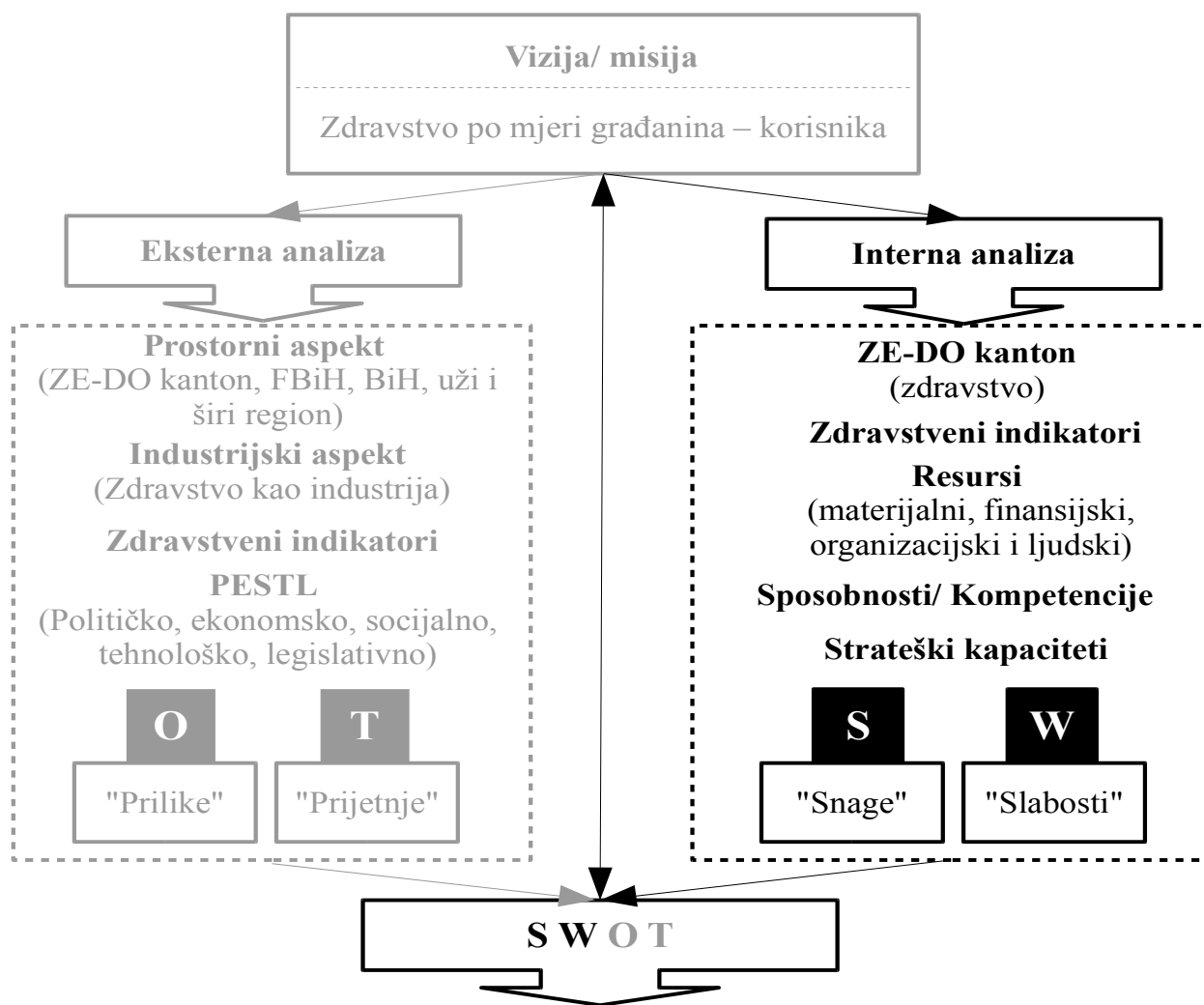
Strateška analiza: Interna analiza

2.2. INTERNA ANALIZA

Metodološki okvir

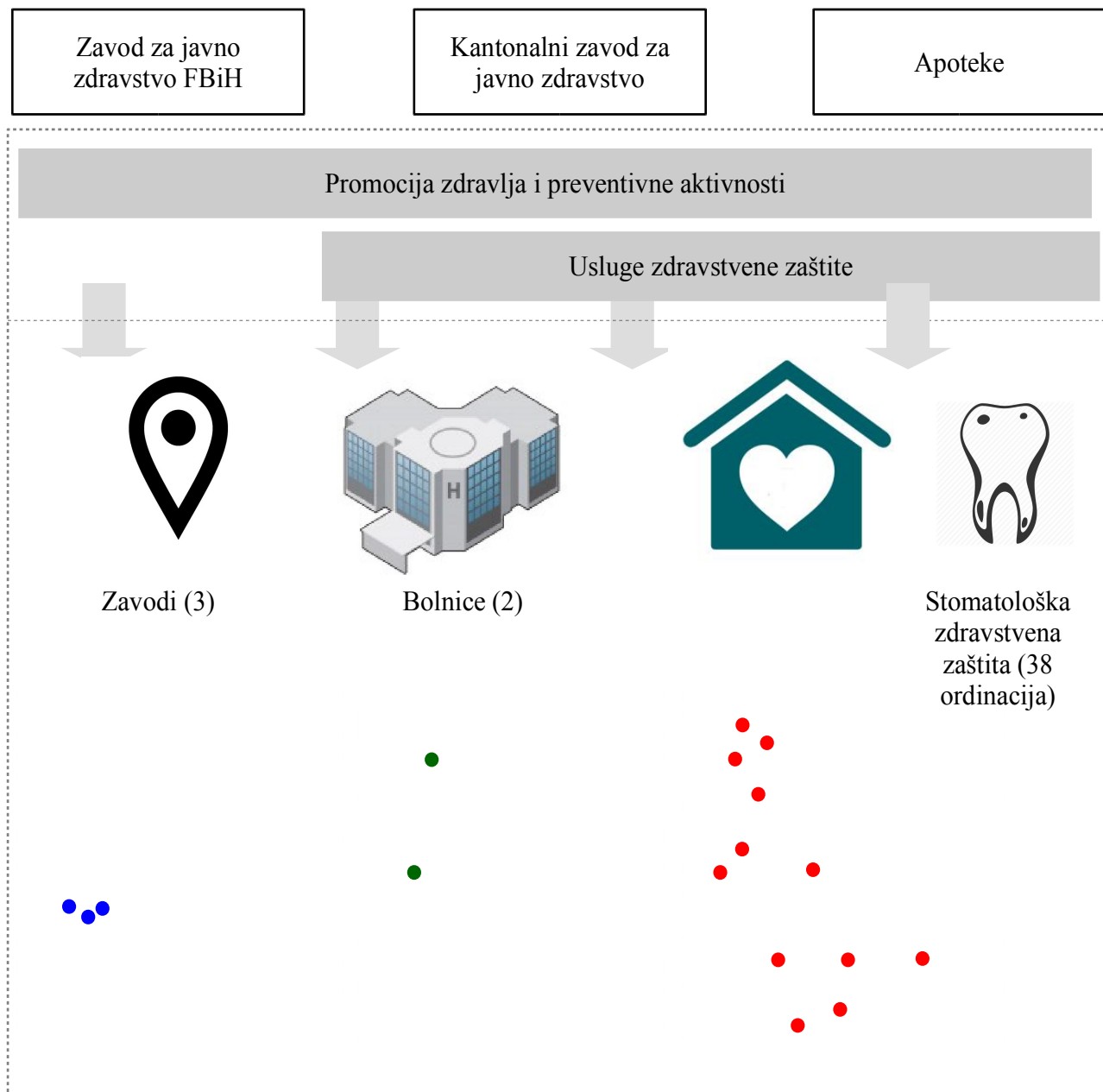
Interna analiza odnosi se na analizu zdravstvenih **materijalnih, finansijskih, organizacijskih i ljudskih resursa** kojima raspolaže zdravstvo u ZE-DO kantonu, te analizu određenih zdravstvenih indikatora koji su, shodno tome, dio interne analize. Određeni zdravstveni indikatori već su obuhvaćeni u okviru eksterne analize.

Metodološki okvir interne analize prikazan je na *Slici 2.2.1*. Cilj interne analize je prepoznavanja „snaga“ i „slabosti“ zdravstvenog sektora.



Slika 2.2.1. Metodološki okvir interne analize

Dvije ključne aktivnosti zdravstvenog sektora mogu se grupisati kao: (1) promocija zdravlja i preventivne aktivnosti i (2) usluge zdravstvene zaštite. U tom kontekstu, ključni učesnici zdravstvenog sektora su: (1) domovi zdravlja; (2) bolnice; (3) zavodi; (4) apoteke i (5) stomatološke ordinacije.



Slika 2.2.2. Ključni učesnici zdravstvenog sektora

2.2.1. Ljudski resursi

Usluge u javnom zdravstvenom sektoru u 2013. godini pružalo je **3.697 radnika zaposlenih** u zdravstvu. Od ukupnog broja zaposlenih, 653 je doktora medicine, 49 doktora stomatologije, 29 diplomiranih farmaceuta, 28 diplomiranih medicinskih sestara sa završenim fakultetom, 294 viših zdravstvenih tehničara, 1.877 zdravstvenih tehničara, dok je tehničkog i administrativnog osoblja bilo 1.022. Procentualno učešće **nezdravstvenog kadra** u zdravstvu iznosi **27,6%** i niži je nego u 2006. godini kada je bilo zaposleno 38% nezdravstvenih radnika.

Prateći trendove kretanja zaposlenih u zdravstvu mogu se uočiti povoljniji trendovi nego proteklih godina. Evidentan je porast uposlenosti zdravstvenih radnika i **pad broja uposlenog nezdravstvenog kadra**.

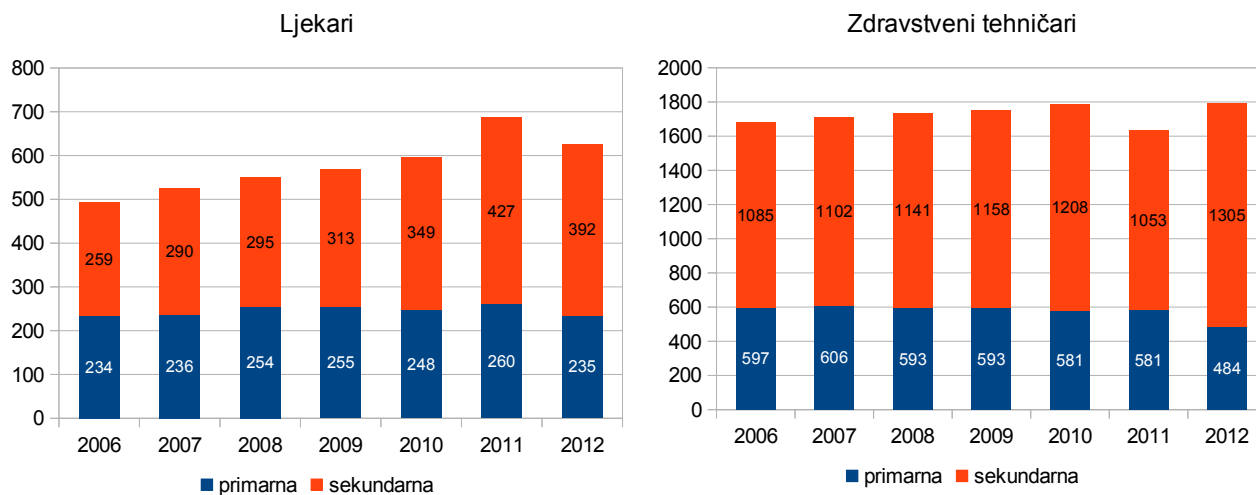
Najveći broj ljekara pripada starosnoj **dobi od 45 do 55 godina**. Prema zakonu o specijalizacijama većina ljekara je počela specijalizirati prije svoje 35 godine starosti kao krajnjoj dobnoj granici za dobijanje specijalizacije, što znači da je 46% ljekara svoju ključnu specijalističku edukaciju završilo prije pet godina.

Godina	Ukupno zaposlenih	Doktora medicine	Doktora stomatologije	Magistara farmacije	Zdravstvenih tehničara	Nezdravstvenih radnika
1991.	3.584	632	130	83	1.561	1.036
1998.	3.424	469	74	33	1.711	1.137
2000.	3.400	477	74	36	1.710	1.103
2001.	3.382	462	67	32	1.705	1.092
2002.	3.351	457	66	30	1.696	1.074
2003.	3.342	455	65	26	1.696	1.077
2004.	3.322	458	60	29	1.690	1.085
2005.	3.376	477	61	25	1.727	1.086
2006.	3.292	493	59	20	1.680	1.037
2007.	3.356	526	55	18	1.708	1.049
2008.	3.420	549	56	26	1.734	1.015
2010.	3.542	597	48	26	1.789	1.064
2013.	3.697	653	49	29	1.877	1.022

Tabela 2.2.1. Struktura i broj uposlenih u zdravstvenom sektoru Zeničko-dobojskog kantona
Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Odnos zaposlenih u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti je nepovoljan. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti uposleno je 281 ljekar i 576 zdravstvenih tehničara, dok je u sekundarnoj (konsultativno specijalistička i bolnička stacionarna zdravstvena zaštita) 475 ljekara i 1.213 zdravstvena tehničara. U ordinacijama prve linije (ambulante opće i porodične medicine) evidentan je manjak ljekara gdje bi se trebalo rješavati najveći broj zahtjeva za zdravstvenim uslugama. U odnosu na prethodne godine, ovaj omjer je sve nepovoljniji, jer zdravstveni kadrovi odlaze u druge kantone/ države ili u specijalističke službe sekundarne zdravstvene zaštite. Pored toga, distribucija pacijenata po timovima primarne zdravstvene zaštite, također, nije ravnomjerna što utiče na opterećenje timova, kvalitet, efikasnost i sigurnost zdravstvene zaštite.

Konsultativno-specijalistička sekundarna zdravstvena zaštita i primarna zdravstvena zaštita, kada je u pitanju ljudski kadar, **ne ostvaruju saradnju na adekvatnom nivou** što dovodi do povećanja obima posla i neefikasnog korištenja resursa.



Slika 2.2.3. Distribucija ljekara i zdravstvenih tehničara

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

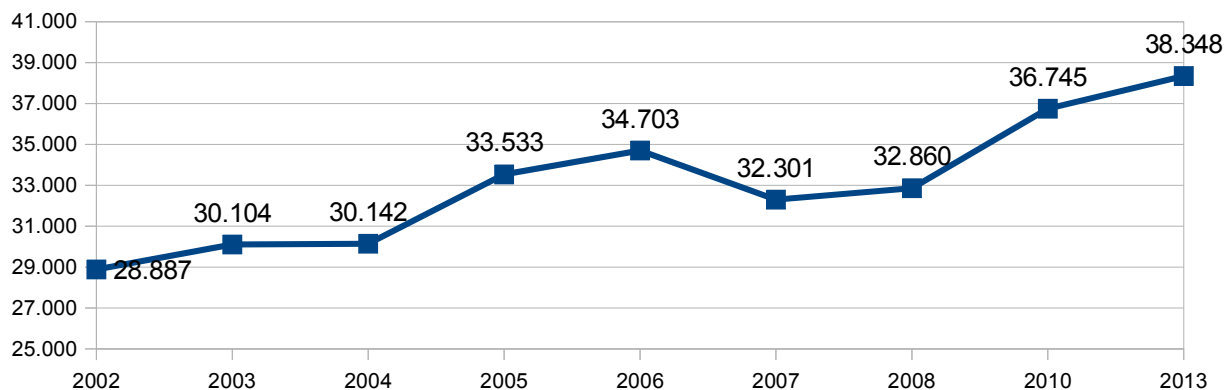
Kao što možemo vidjeti sa prethodnog grafikona (Slika 2.2.3.), više kadrova se zapošljava u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti nego u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U 2012. godini, jednog zaposlenog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u prosjeku se nalazi 1,6 zaposlenih u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Transparency International kao poseban problem u zdravstvu prepoznaje **korupciju**. Korupcija predstavlja zloupotrebu javnih ovlasti radi ličnog dobitka, a u zdravstvu se ispoljava kroz zloupotrebu povjerenja uposlenika zdravstvenog sektora. Korupcija u zdravstvu je prisutna u mnogim zemljama, uključujući i razvijene i zemlje u razvoju (CCI, 2008).

2.2.2. Bolnički kapaciteti

Bolnice su stacionarne ustanove koje obezbjeđuju kratkotrajnu ili dugotrajnu medicinsku zaštitu sastavljenu od posmatranja, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih usluga pruženih osobama koje pate, ili se sumnja da pate, od nekog oboljenja ili povrede, kao i usluga pruženih porođiljama i njihovoj novorođenčadi.

Slika 2.2.4. prikazuje broj ispisanih pacijenata u bolnicama na području ZDK u periodu 2002. do 2012. godine.



Slika 2.2.4. Broj ispisanih pacijenata u bolnicama na području ZDK po godinama

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Prateći trend hospitaliziranih u periodu od 2002. do 2013. godine može se zaključiti da je **broj hospitaliziranih stanovnika na Kantonu zadnjih godina raste** i da se procenat hospitaliziranih od ukupnog stanovništva kreće od 7,3% (2002. godina) do 9,6% stanovništva (2013. godina). Svaki deseti stanovnik se hospitalizira zbog bolesti.

Koristeći proračun za izračunavanje potrebnog broja postelja na osnovu broja stanovnika i hospitalizacije dobije se podatak da **postojeći broj i struktura postelnog fonda u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti odgovara potrebama stanovništva**, a dobiveni podaci odgovaraju i predloženim Federalnim standardima.

	1991.	1998.	2002.	2005.	2008.	2010.	2013.
Broj bolničkih postelja	1.122	1.257	1.083	1.086	1.065	1.105	1.149
Broj postelja na 1000 stanovnika	2,4	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,9
Zauzetost postelja	72,0%	63,6%	77,0%	79,5%	80,2%	78,8%	72,7%
Obrt bolesnika na jednu postelju	/	22	26,7	30,9	31,5	41,9	33,4
Broj doktora medicine	162	192	176	207	265	287	312
Broj zdravstvenih tehničara	483	663	679	746	802	851	932
Zauzete postelje na jednog dr. medicine	/	4,2	4,5	4,4	3,2	3,9	2,6
Zauzete postelje na jednog zdr. tehničara	/	1,2	1,2	1,2	1,1	1,29	0,9
Broj BO dana	295.015	291.915	304.500	315.307	311.779	318.002	304.834
Prosječna dužina ležanja	/	10,5	10,5	9,4	9,2	8,7	7,9
Stopa liječenih na 1000 stanovnika	/	64	73	84	84	92	96

Tabela 2.2.2. Parametri bolničkih kapaciteta u dužem vremenskom periodu

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Prema broju postelja na broj stanovnika, broju zdravstvenih radnika, iskorištenosti kreveta, prosječnoj dužini liječenja i drugim parametrima bolnička zdravstvena zaštita se kreće u zadovoljavajućim okvirima. **Prosječna dužina liječenja je u nivou državnog prosjeka.** U Evropi iznosi 7 dana, a u **Zeničko-dobojskom kantonu 7,9 dana.**

U Zeničko-dobojskom kantonu trenutno se praktično **ne primjenjuju principi rada dnevne bolnice.** Dnevne bolnice omogućavaju savremen, racionalan, ekonomičan i multidisciplinarn način liječenja koji značajno poboljšava kvalitet zdravstvene zaštite. Cilj liječenja je edukacija o bolesti i naučiti kako što kvalitetnije živjeti s njom.

2.2.3. Kapaciteti vanbolničke zdravstvene zaštite

Vanbolnička zdravstvena zaštita obuhvata primarnu i vanbolničku konsultativno-specijalističku zdravstvenu zaštitu i organizirana je uglavnom kroz domove zdravlja. U *Tabeli 2.2.3.* prikazani su parametri u mreži primarne zdravstvene zaštite.

	1991.	1998.	2002.	2005.	2008.	2010.	2013.
Broj punktova PZZ	164	90	94	98	98	105	107
Broj ordinacija	274	238	266	281	272	266	281
Broj ljekara	445	273	237	233	254	248	281
Broj medicinskih tehničara	1213	1031	646	617	593	581	576
Stanovnika po ordinaciji	1735	1802	1495	1428	1474	1504	1419
Stanovnika na jednog ljekara	1068	1571	1678	1723	1578	1613	1419
Stanovnika na jednog medicinskog tehničara	392	416	616	651	676	689	692

Tabela 2.2.3. Parametri primarne zdravstvene zaštite kroz duži vremenski period

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Primjetan je **blagi porast broja ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.** Međutim, broj ljekara još uvijek **nije na zadovoljavajućem nivou. Pri izboru specijalizacije, ljekari preferiraju bolničke kliničke discipline u odnosu na primarnu zdravstvenu zaštitu.** Kod izbora specijalizacije, ljekari ne preferiraju primarnu zdravstvenu zaštitu iz jednog ili više sljedećih razloga: finansijska isplativnost, napredovanje u poslu i struci, te povoljniji uslovi rada u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kao što je već naglašeno, prisutna je neravnomjerna distribucija ljekara po općinama i punktovima. Kada bi se posmatrao ukupan broj ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (281), izračunati prosjek od 1.386 pacijenata po jednom ljekaru bi bio zadovoljavajući. Međutim, u praksi postoje opterećeni punktovi gdje jedan ljekar opslužuje i do 5.000 stanovnika.

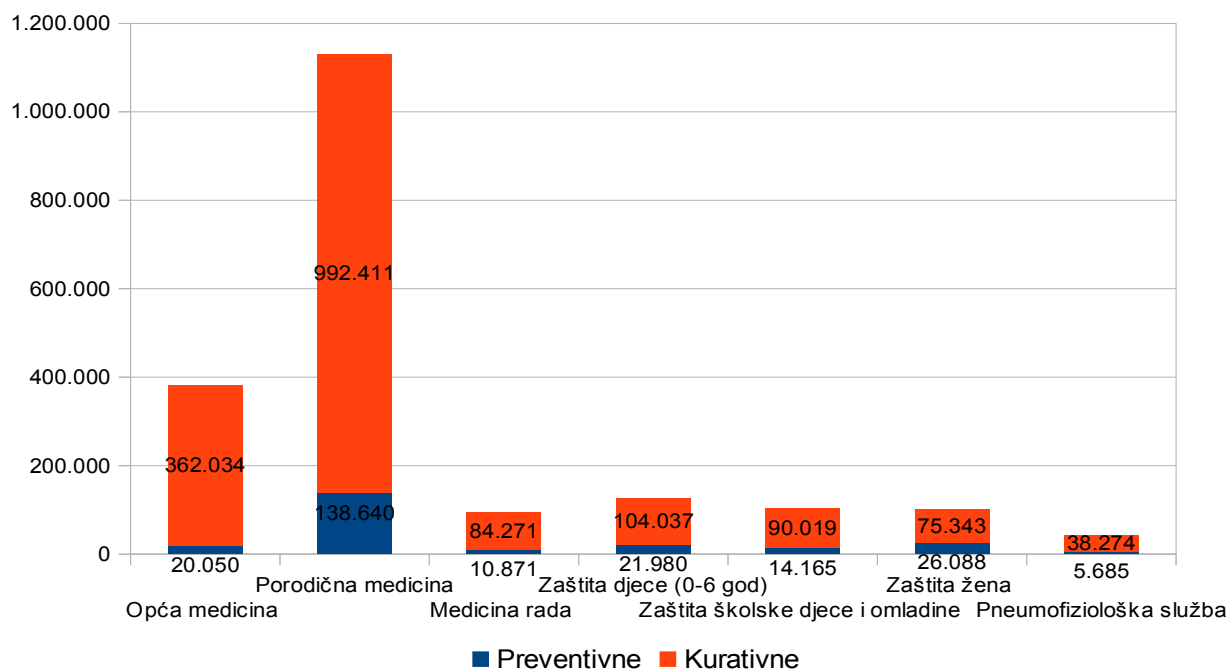
Službe	Mreža		Kadar	
	Punktovi	Ordinacije	Ljekari	Med. tehn.
Opća medicina	30	42	41	56
Porodična medicina	72	119	119	210
Medicina rada	11	14	13	18
Zaštita djece do šest godina	10	14	14	29
Zaštita školske djece	7	14	16	26
Zaštita žena	11	19	21	39
Pneumofiziološka služba	10	13	13	23
Patronažna služba	13	9	0	35
Hitna pomoć	12	12	28	95
RTG	9	12	4	18
HES	12	13	12	27

Tabela 2.2.4. Struktura mreža i kadrova primarne zdravstvene zaštite

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Efikasnost rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti možemo procijeniti i na osnovu broja upućenih pacijenata prema specijalističkim službama ili prema dijagnostičkim službama. Broj uputnica specijalisti po stanovniku je 0,97 i **postoji trend povećanja slanja pacijenata na konsultativno-specijalističke preglede iz primarne zdravstvene zaštite**: 0,83 (2005. godine), 0,72 (2006. godine), 0,65 (2007. godine), a 0,82 (2009. godine) uputnica po stanovniku. Na **dijagnostičke pretrage** izdata je 0,74 uputnica po stanovniku i tu je **uočljiv trend povećanja**: 0,59 (2005. godine), 0,53 (2006. godine), 0,50 (2007. godine) i 0,61 (2009. godine) uputnica po stanovniku.

Sastavni dio svake djelatnosti na nivou primarne zdravstvene zaštite jeste i preventivna djelatnost za koju bi trebalo izdvojiti od 15-50% radnog vremena u ovisnosti od djelatnosti. Zdravstveni radnici ovaj dio posla još uvijek ne prihvataju kao svakodnevnu obavezu, pa je **broj preventivnih usluga u pojedinim službama veoma nizak** (Slika 2.2.5.). Preventivni rad ima manju stopu izvršenja u odnosu na prethodni petogodišnji prosjek osim u službi porodične medicine gdje je ta vrijednost iznad prethodnog petogodišnjeg prosjeka.



Slika 2.2.5. Udio preventivnih pregleda u ukupnom broju pregleda

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Zahtjevi za uslugama primarne zdravstvene zaštite registruju se preko **posjeta ljekaru u ordinaciji i posjeta ostalim zdravstvenim radnicima**. Opterećenost ljekara i zdravstvenih tehničara nakon 1991. godine nije bilježio značajne oscilacije.

Broj posjeta kod zdravstvenih radnika u ordinacijama opće medicine je znatno ispod prethodnog petogodišnjeg prosjeka, za razliku od porodične medicine gdje je njihov broj znatno iznad prethodnog petogodišnjeg prosjeka. Ovo se može objasniti padom pritiska pacijenata na timove opće medicine uslijed prelaska u porodičnu medicinu.

Broj posjeta	1991.	2002.	2005.	2008.	2010.	2013.
U ordinaciji doktora medicine	2.353.664	1.510.910	1.674.668	1.798.261	1.853.411	1.960.770
U ordinaciji po stanovniku	4,9	3,8	4,2	4,5	4,6	4,9
Po jednom doktoru	5.289	6.375	7.187	7.080	7.472	6.077
Kod medicinskih tehničara	1.619.265	1.423.728	1.461.263	1.675.827	1.881.639	1.916.552
Medicinskih tehničara po stanovniku	3,4	3,6	3,6	4,2	4,7	4,8
Po jednom medicinskom tehničaru	1.335	2.204	2.368	2.826	3.239	3.327

Tabela 2.2.5. Broj posjeta u ordinacijama opće medicine

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Specijalističko-konsultativnu djelatnost je pružalo 173 doktora medicine, što je za 30 doktora specijalista više nego prije 5 godina. Specijalista iz različitih oblasti su radili na 28 punktova, što je za 10 punktova više nego prije 5 godina. Pomagalo im je 206 zdravstvenih tehničara. Svaki specijalista je bio opterećen u prosjeku sa 1.050 pacijenata, a zdravstveni tehničar sa 880 pacijenata.

Registrirano je ukupno 436.195 posjeta u ordinacijama ljekara od čega je bilo 181.660 prvih posjeta, a ostalo su kontrolne. **Odnos prvih i kontrolnih posjeta** je povoljan i iznosi 1:1,4. Ostvareno je 1,1 posjeta po stanovniku. U prosjeku jedan specijalista je imao 2.521 posjetu. Registrirano je 66.770 preventivnih pregleda i odnos preventivnih i kurativni je 1:6,5.

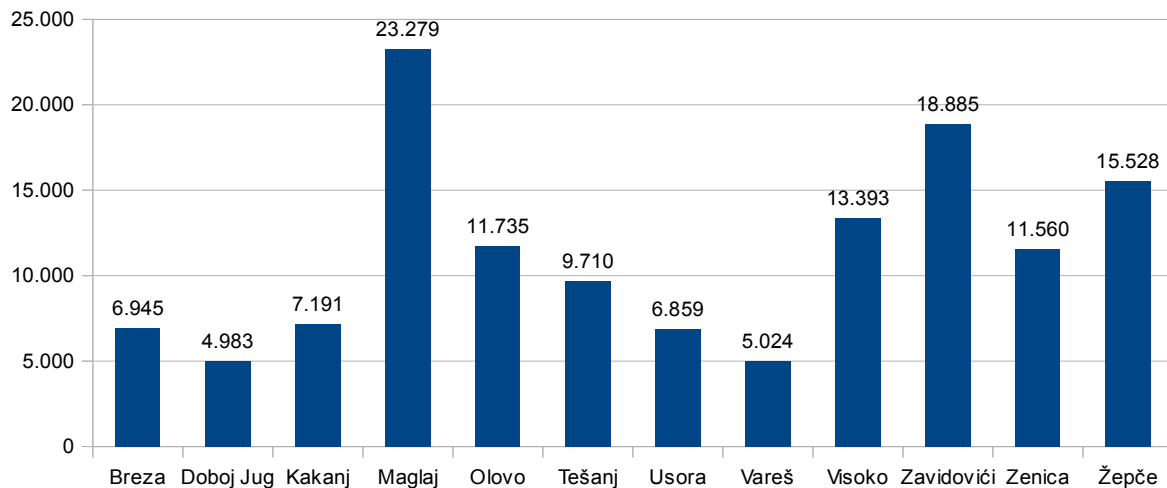
2.2.4. Stomatološka zdravstvena zaštita

U 2013. godini stomatološka zdravstvena zaštita se pružala na 19 punktova u 38 ordinacija. Usluge je pružalo 46 doktora stomatologije i 75 zdravstvenih tehničara.

	1998.	2002.	2005.	2008.	2010.	2013.
Broj stomatoloških stolica	67	52	51	46	40	38
Broj doktora stomatologije	72	62	58	57	47	46
Broj zdravstvenih tehničara	123	108	96	91	82	75
Proj posjeta u ordinacije	155.843	151.136	154.052	137.290	131.428	119.227
Broj posjeta po timu	2.164	2.438	2.656	2.409	2.796	2.592
Plombirani zubi	33.289	29.472	30.851	26.424	24.295	22.858
Hirurške intervencije	121.812	112.174	115.153	110.153	117.867	115.555
Protetski radovi	1.832	1.572	2.950	2.159	1.714	2.458
Liječenje bolesti usta	11.170	11.032	5.791	2.773	2.150	1.770

Tabela 2.2.6. Statistički podaci stomatološke zdravstvene zaštite
Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

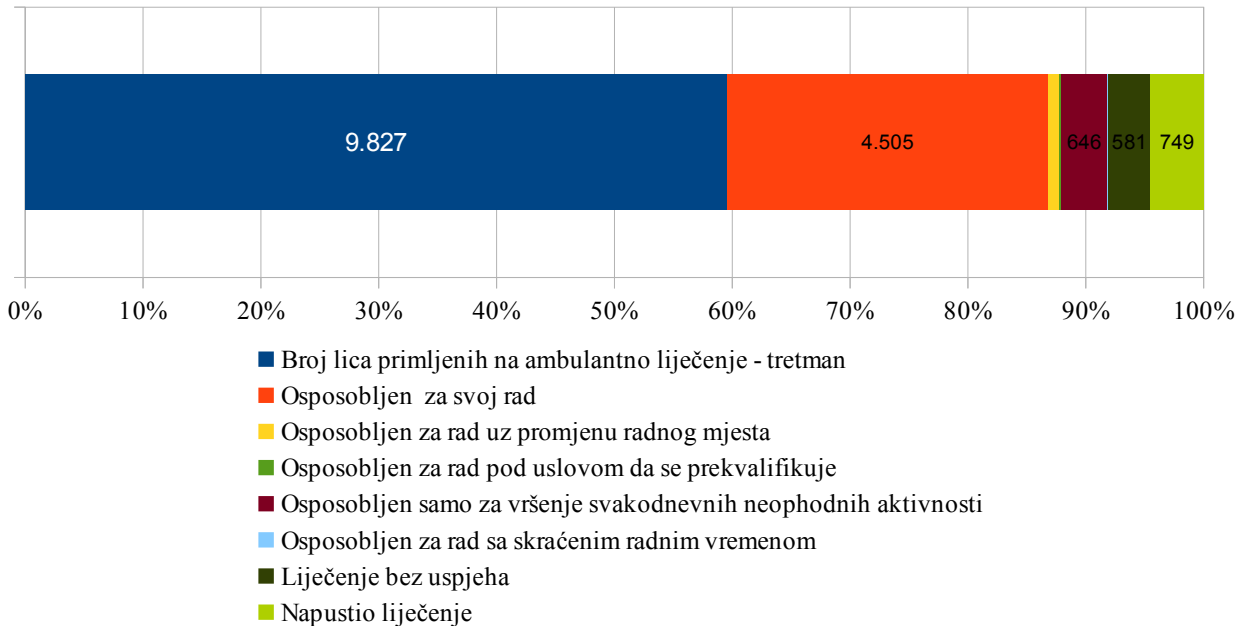
Razmještaj stolica po općinama Kantona nije ravnomjeran. Najnepovoljnija situacija je u Maglaju gdje na jednu stomatološku stolicu dolazi 23.278 stanovnika, zatim Zavidovići sa 18.885 stanovnika po jednoj stomatološkoj stolici, te Žepče sa 15.528 stanovnika po jednoj stomatološkoj stolici u javnom sektoru.



Slika 2.2.6. Razmještaj stotica u stomatološkim ordinacijama po općinama
Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

2.2.5. Medicinska rehabilitacija

Službe medicinske rehabilitacije su obavljale svoj posao na devet punktova, a usluge je pružalo 12 specijalista i 47 medicinskih tehničara. Tretirano je ukupno 16.149 osoba. Bilo je 35.703 posjete u ordinacijama ljekara (2,2 posjete po tretiranom pacijentu).



Slika 2.2.7. Rezultati medicinske rehabilitacije
Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

2.2.6. Laboratorijska djelatnost

Laboratorijska djelatnost se pružala na 3 bolnička i 31 vanbolničkih punktova. Usluge je pružalo 22 doktora medicine, 3 magistra farmacije, 17 zdravstvenih saradnika, 28 viših i 162 medicinska tehničara.

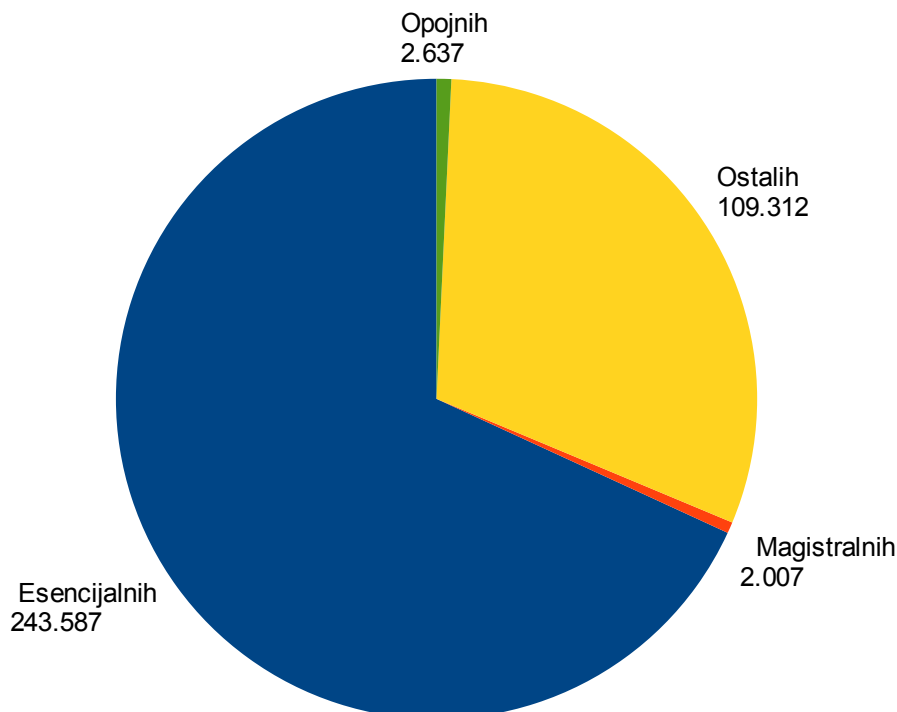
	Broj lica od kojih je uzet materijal	Broj uzetih uzoraka po pacijentu	Broj urađenih analiza po pacijentu	% pozitivnih, neispravnih ili patoloških
Bolničke laboratorije	313.072	0,84	4,6	4,6
Vanbolničke laboratorije	358.236	2,4	8,3	9,5
UKUPNO	671.308	1,6	6,5	7,9

Tabela 2.2.7. Laboratorijska djelatnost

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

2.2.7. Apotekarska djelatnost

U Zeničko-dobojskom kantonu su u 2013. godini radile osam društvenih apoteka sa osam ogranaka i četiri depo apoteke. U njima je usluge pružalo 24 magistra farmacije i 16 farmaceutske tehničara.



Slika 2.2.8. Promet i potrošnja lijekova u apotekama

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

2.2.8. Finansijski resursi

Ukupni rashodi zdravstvene zaštite na Kantonu u 2012. godini iznosili su nešto više od 177 miliona KM, što iznosi oko 444 KM po stanovniku ili 523 KM po osiguranom licu. U odnosu na 1991. godinu, kada je ukupna potrošnja bila 349 KM po stanovniku, današnja potrošnja je veća. U obzir treba uzeti i činjenicu da novac tokom vremena gubi svoju vrijednost, te da prosto poređenje dva perioda ne pruža uvid u pravo stanje potrošnje. Ukoliko bi se u obzir uzeo i sam koncept vremenske vrijednosti novca, iznos potrošen u 1991. godini po stanovniku je veći nego iznos po stanovniku potrošen danas.

Zdravstvene ustanove u javnom vlasništvu sa područja Zeničko-dobojskog kantona u toku 2012. godine su ostvarile **ukupan prihod od 19.811.553 KM**, što je za 3,89% više u odnosu na 2011. godinu. Domovi zdravlja su ostvarili 38,66%, bolnice 55,57% i zavodi 5,77% od tog prihoda.

Ukupni rashodi ovih zdravstvenih ustanova su u 2012. godini iznosili **122.777.881 KM**, što je 3,71% više nego u 2011. godini. U ukupnim rashodima, domovi zdravlja su učestvovali sa 37,84%, bolnice sa 56,43% i zavodi sa 5,70%.

U strukturi rashoda svih zdravstvenih ustanova u javnom vlasništvu **plaće i ostali troškovi zaposlenih** učestvovali su sa 67,69%, materijalni troškovi sa 22,1%, troškovi amortizacije sa 4,48% i ostali troškovi sa 5,72%.

Javna zdravstvena ustanova	Ostvareni finansijski rezultat	Iznos amortizacije	Finansijski rezultat bez amortizacije
Poliklinika Dobo-jug	54.891	52.819	107.710
Dom zdravlja Kakanj	109.224	178.789	288.013
Dom zdravlja Maglaj	-152.937	91.021	-61.916
Dom zdravlja Olovo	-60.034	63.466	3.432
Dom zdravlja Tešanj	62.756	141.098	203.854
Dom zdravlja Usora	-4.977	59.805	54.828
Dom zdravlja Vareš	-33.223	100.659	67.436
Dom zdravlja Visoko	-234.681	249.671	14.990
Dom zdravlja Zavidovići	13.821	125.516	139.337
Dom zdravlja Zenica	127.661	409.965	537.626
Dom zdravlja Žepče	35.187	145.205	180.392
Svega domovi zdravlja	-134.374	1.687.120	1.552.746
Opća bolnica Tešanj	-54.602	524.705	470.103
Kantonalna bolnica Zenica	-2.647.671	2.933.742	286.071
Svega bolnice	-2.702.273	3.458.447	756.174
Kantonalni zavod za javno zdravstvo	64.849	87.388	152.237
Kantonalni zavod za medicinu rada	-217.953	253.143	35.190
Zavod za borbu protiv bolesti ovisnosti	23.423	19.075	42.498
Svega zavodi	-129.681	359.606	229.925
Ukupno	-2.966.328	5.505.173	2.538.845

Tabela 2.2.8. Finansijski rezultati poslovanja javnih zdravstvenih ustanova u 2012. godini

Prilagođeno prema podacima Zavoda zdravstvenog osiguranja ZDK

Ukupno iskazani **kapital** u javnim zdravstvenim ustanovama u toku 2012. godine iznosio je 53.924.971 KM i manji je za 5,21% od iskazanog kapitala u 2011. godini. Smanjenje kapitala je uglavnom posljedica iskazanog negativnog poslovanja koje je pokriveno na teret kapitala.

U 2012. godini ukupna **vrijednost stalnih sredstava** iznosila je 91.703.113 KM i manja je za 1,28% u odnosu na 2011. godinu.

Ukupne obaveze javnih zdravstvenih ustanova u 2012. godini su iznosile 55.293.697 KM i bila su manja za 0,47% od iznosa iz 2011. godine. Ukupna potraživanja javnih zdravstvenih ustanova su bila 11.953.020 KM. Učešće domova zdravlja u ukupnim obavezama je 35,3%, bolnica 61,7% i zavoda 3%.

Za **investicije** je u 2012. godini isplaćeno 7.469.658 KM, što je za 78,16% više od investiranog iznosa u 2011. godini. Od navedenog iznosa, ustanove su sa 43,88% učestvovala vlastitim sredstvima.

Za **neto plaće i ostala primanja zaposlenih** u 2012. godini izdvojeno je 42.304.784 KM, što je za 1,46% više nego prethodne godine. Na bazi sati rada u javnim zdravstvenim ustanovama u toku 2012. godine radilo je 3.632 zaposlena ili 0,36% više nego prethodne godine. Broj stvarno zaposlenih na dan 31.12.2012. godine je bio 3.595, od čega je 2.582 zdravstvena, a 1.013 nezdravstvenih radnika.

Prosječna neto plata u javnim zdravstvenim ustanovama bila je 971 KM, od čega je u domovima zdravlja 978 KM, u bolnicama 945 KM i u zavodima 1.190 KM. Za usporedbu, prosječna plata u Federaciji BiH je bila 830 KM, a u Zeničko-dobojskom kantonu 735 KM.

2.2.9. Izvori finansiranja

Tabele 2.2.9. i 2.2.10. prikazuje ukupne izvore finansiranja ustanova zdravstvene zaštite za period od 2007. do 2013. godine. U ukupnim prihodima zdravstvenih ustanova u 2012. godini, sredstva Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona su iznosila 92.397.816 KM i u odnosu na 2011. godinu ta sredstva su veća za 2,71%. Učešće prihoda Zavoda zdravstvenog osiguranja u ukupnim prihodima u domovima zdravlja je iznosilo 85,38%, u bolnicama 74,67% i u zavodima 77,12%.

	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Prihodi zdravstvenih ustanova	81.319.874	102.348.238	107.943.037	113.550.882	115.326.351	119.811.553	121.466.700
Učešće Fonda za zdravstveno osiguranje	62.928.319	80.737.679	85.151.266	87.329.598	9.014.822	92.397.816	94.791.481
Učešće korisnika zdrav. zaštite	749.473	584.285	576.391	568.324	612.931	0	699.701

Tabela 2.2.9. Izvor finansiranja ustanova zdravstvene zaštite

Prilagođeno prema: Revizija integrirane strategije razvoja ZE-DO kantona za period 2016. – 2020., SOCIO-EKONOMSKA ANALIZA (Prednacrt / Radna verzija 2: 01.12.2014.)

	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
% učešća korisnika zdravstvene zaštite u pokriću dijela ili ukupnih izdataka	0,90%	0,60%	0,50%	0,50%	0,50%	0,00%	0,60%
% učešća drugih izvora	99,10%	99,40%	99,50%	99,50%	99,50%	100,00%	99,40%

Tabela 2.2.10. Procentualno učešće izvora finansiranja ustanova zdravstvene zaštite

Prilagođeno prema: Revizija integrirane strategije razvoja ZE-DO kantona za period 2016. – 2020. (Socio-ekonomska analiza), Prednacrt / Radna verzija 2: 01.12.2014.

2.2.10. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga

Spasojević (2014) je sproveda istraživanje o stepenu zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom na području Zeničko-dobojskog kantona. U studiji je učestvovalo ukupno 1.995 ispitanika na svih 146 lokacija primarne zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona. Kao mjerni instrument korišten je standardizovani anketni upitnik prema metodologiji *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care*.

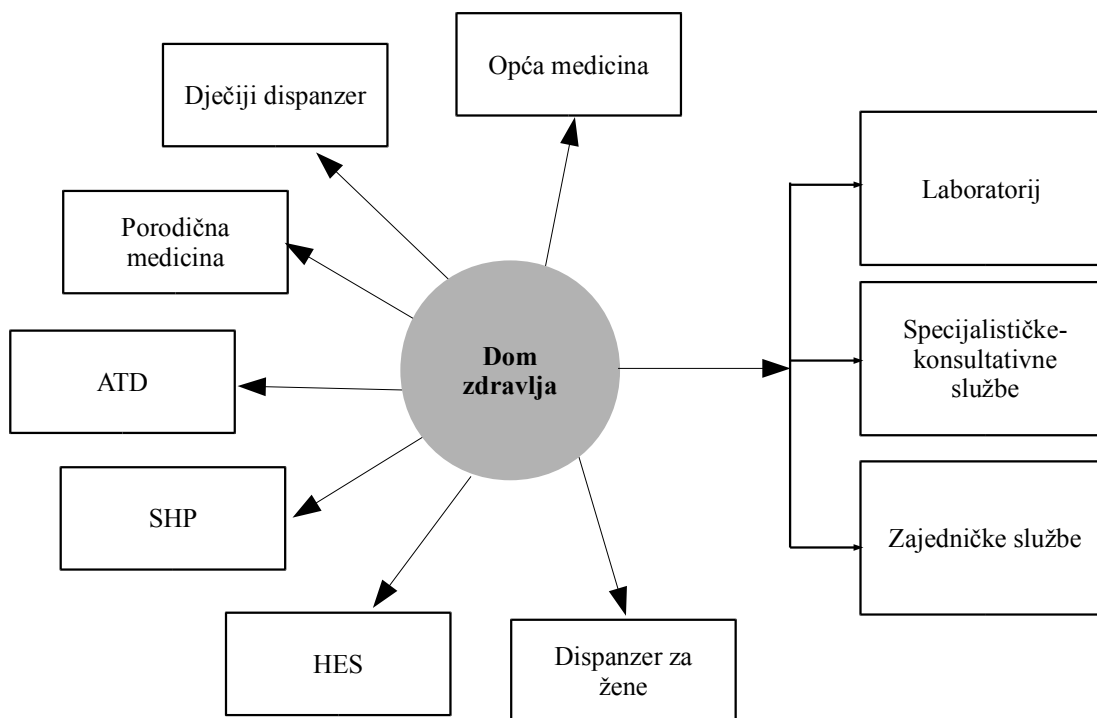
Pojedinačne učesnike i procese zdravstvenog sektora, ispitanici su ocijenili različito (*Spasojević, 2014*):

- Blizu jedne trećine ispitanika (30,7%) je ocijenila **postupak osoblja u bolnici** kod prijema kao dobar ili veoma dobar, **47,3% dalo zadovoljavajuću ocjenu**, dok je 21,9% ispitanika dalo ocjenu loše ili veoma loše;
- Više od polovine ili 54,3% ispitanika je zadovoljno **pregledom i načinom liječenja**, 5,1% vrlo zadovoljno, **36,3% nije zadovoljno**, te 4,4% ispitanika je vrlo nezadovoljno načinom liječenja;
- Više od jedne trećine ili 38,0% ispitanika ukupno ocjenjuje rad **Doma zdravlja** kao dobar, 3,2% dalo je ocjenu jako dobar, **40,1% ispitanika ukupno je ocijenilo rad Doma zdravlja kao slab**, dok je 18,6% dalo ocjenu jako slab;
- Blizu polovine ispitanika ili 49,7% ukupno ocjenjuje rad **Opće bolnice u Tešnju** dobrim, 6,3% jako dobrim, **30,3% ocijenilo je rad Opće bolnice u Tešnju kao slab**, dok je 13,7% dalo jako slabu ocjenu;
- Blizu polovine ispitanika ili 46,5% ukupno ocjenjuje rad **Kantonalne bolnice u Zenici** dobrim, 5,5% dalo je ocjenu jako dobar, više od trećine ili **35,9% ispitanika ukupno je ocijenilo rad Kantonalne bolnice u Zenici kao slab**, dok je 12,1% dalo ocjenu jako slab;
- Četrdeset i dva posto ispitanika je ukupno ocijenila rad **ambulance**, u kojoj se liječe, kao dobar, 5,4% dalo je ocjenu jako dobar, više od trećine ili **36,2% njih ukupno je ocijenilo rad ambulance kao slab**, dok je 16,5% dalo ocjenu jako slab;
- Više od jedne trećine ispitanika ili 39,7% ukupno ocjenjuje rad **specijalističkih službi** dobrim, 5,0% dalo je ocjenu jako dobar, čak **40,6% njih ukupno je ocijenilo rad specijalističkih službi kao slab**, dok je 14,6% dalo ocjenu jako slab;
- Prema rezultatima istraživanja, 90,5% pacijenata je **kupovalo lijekove za svoje liječenje**, a njih 50,9% je plaćalo injekcije u ambulanti.

Kada je u pitanju **vrijeme čekanja**, rezultati istraživanja pokazuju da "...24,2% ispitanika čekalo je u ambulanti manje od 15 minuta, 47,8% između 16-30 minuta, 19,0% ispitanika u rasponu 31-60 minuta, te 8,9% čeka duže od 60 minuta. Drugim riječima, svaki četvrti pacijent čeka manje od 15 minuta, dok svaki 11. pacijent čeka duže od 60 minuta." (Spasojević, 2014).

2.2.11. Ostali faktori

Domovi zdravlja kao ključne ustanove u pružanju zdravstvenih usluga u osnovi imaju, u velikoj mjeri, standardiziran djelokrug rada i standardiziran način odvijanja svih dijelova poslovnog procesa. Trenutna organizaciona struktura (Slika 2.2.9.) ne predstavlja optimiziranu organizacionu strukturu i ne osigurava odgovarajući okvir za efektivno i efikasno odvijanje poslovnih procesa unutar domova zdravlja. Porodična medicina trenutno nije ključno (centralno) područje djelovanja domova zdravlja, a većina ostalih aktivnosti nisu u funkciji aktivne podrške porodičnoj medicini već egzistiraju kao zasebne službe.



Slika 2.2.9. Organizaciona struktura domova zdravlja

Hitna medicinska služba je jedan od kamena temeljaca zdravstvenog sistema. Hitna medicinska služba nije organizovana na način da integriše izvanbolničke i bolničke službe kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje osoba koje su, zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, povreda ili trovanja, životno ugrožene. S ciljem optimiziranja korištenja resursa hitne medicinske službe, potrebno je razmotriti unutrašnju organizaciju ove službe.

Saradnja između javnog i privatnog sektora. Trenutno nije uspostavljen okvir i način integrisanja privatnog zdravstvenog sektora zajedno sa javnim zdravstvenim sektorom sa ciljem povećanja dostupnosti zdravstvenih usluga i optimiziranja korištenja resursa javnog i privatnog zdravstvenog sektora. Saradnjom privatnog i javnog zdravstvenog sektora mogla bi se ostvariti odgovarajuća sinergija s ciljem izvlačenja najvećih efekata iz privatne inicijative, jer Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju ne pravi distinkciju između privatnog i javnog sektora.

Korištenje skupe medicinske opreme, koja najčešće zahtijeva velika finansijska ulaganja, nije optimizirano na nivou Kantona, niti je definisana procedura i načina kako učiniti dostupnom medicinsku opremu svim korisnicima. Skupa medicinska oprema predstavlja onu opremu koju, zbog svoje cijene i drugih karakteristika, nije potrebno nabavljati u svim ambulantama ili domovima zdravlja, a uz dobro optimiziranje unutar postojećih zdravstvenih ustanova mogu se postići maksimalni efekti za sve korisnike.

Postojeći elementi **zdravstvenog informacionog sistema** ne služe svojoj pravoj svrsi niti omogućavaju kvalitetnu razmjenu informacija. Uglavnom su u funkciji nadzora, a ne olakšavanja rada korisnika. Ambulante porodične medicine su ključno mjesto u kojima je potrebno provesti integraciju. Prosječnih 100 stanovnika u FBiH prođe 350 puta kroz ambulate porodične medicine ili drugih službi koje treba da zamijeni porodična medicina. Nasuprot tome, samo njih osam koristi bolničku zdravstvenu zaštitu, a specijalističke konsultacije oko 75. Dakle, daleko najviše podataka bitnih za uvid u zdravstveno stanje stanovništva, kao i u rad zdravstvenog sistema, proizvodi se u ambulantama. Sa druge strane, ambulate apsorbuju i najveći dio podataka koji se "proizvedu" u specijalističkim službama i bolnicama, kroz nalaze specijaliste i otpusnice iz bolnice. Zbog ovih razloga najispravnije je ozbiljan rad na informatizaciji zdravstvenog sistema započeti upravo u ambulantama porodične medicine.

Spasojević (2014) također, navodi da je potrebno bolje povezivanje nivoa primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona, odnosno kompjutersko povezivanje liječnika opće/ porodične medicine, laboratorije, dijagnostike, specijalista, ljekarnika, a sve u cilju efikasnije i kvalitetnije zdravstvene brige za pacijenta.

Postojeće informacijske sisteme u zdravstvu je potrebno funkcionalno unaprijediti kroz razvoj e-liste čekaanja, e-naručivanja, e-doznaka za ortopedsku pomagala, e-liste lijekova, e-smjernice propisivanja, e-kliničkih smjernica, e-preventive, e-upravljanja hroničnim bolestima, e-patronaže, e-sistema za upravljanje sestrinskom i liječničkom dokumentacijom. Važno je i uspostaviti informacijske sisteme za praćenje zdravstvene statistike, te za analizu podataka i izradu izvještaja koji će služiti kao osnova za donošenje odluka upravljačkim dijelima u zdravstvu.

Također, potrebno je poraditi na **dostupnosti zdravstvenih usluga**, naročito za ruralno stanovništvo (*Spasojević, 2014*).

2.2.12. Identifikovane sopstvene "snage" ("S") i "slabosti" ("W")**Snage ("S")**

1. Kvalitet zdravstvenog kadra
2. Prihvatljiva medicinska oprema
3. Dobro organizovana mreža zdravstvenih ustanova
4. Model finansiranja zdravstva

Slabosti ("W")

- Nedovoljno finansijskih sredstava
- Nedovoljan uticaj korisnika zdravstvene zaštite na zdravstveni sektor
- Nedovoljna zainteresovanost uposlenika za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- Nedovoljna uključenost i posvećenost uposlenika zdravstvenog sektora u promotivnim i preventivnim aktivnostima
- Nedostatak menadžerskih znanja i vještina
- Nemotivirajući sistem nagrađivanja uposlenika
- Nedovoljno razvijen informacioni sistem
- Nedovoljno prisutan naučno-istraživački rad
- Dotrajala infrastruktura i oprema
- Organizaciona struktura domova zdravlja



3.

Strateški dio

3. STRATEŠKI DIO

Metodološki okvir

Kao što je u uvodnom dijelu naznačeno, održiva (razvojna) strategija može biti upoređena sa generalnom mapom koja (prostorno) prikazuje "obećavajuća mjesta" (*engl. promising sites*) te identificira načine (aktivnosti/ mjere) kako dosegnuti prepoznata "mjesta".

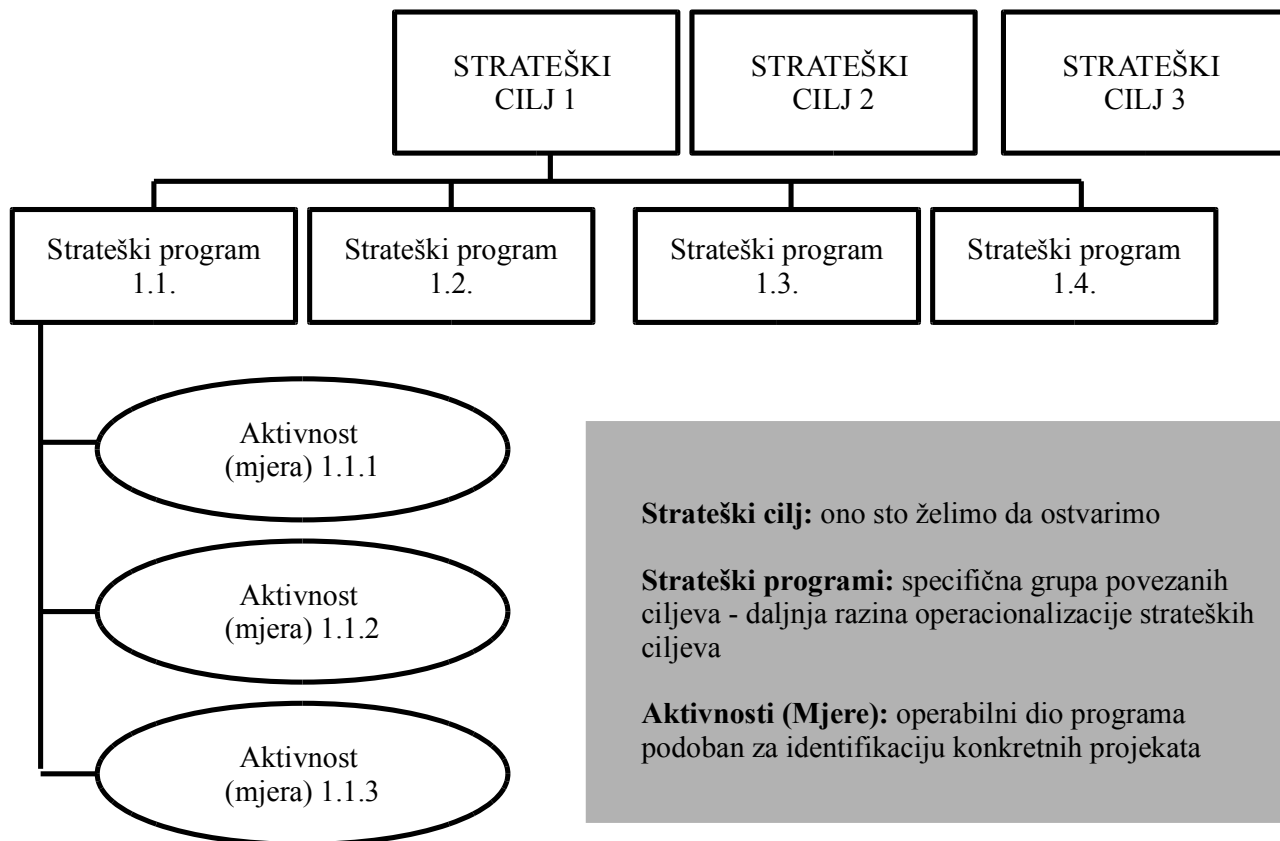
Prvi korak u ostvarenju oblikovane vizije odnosi se na **prepoznavanje strateških ciljeva**, kao prvog nivoa u procesu njene operacionalizacije/ dekompozicije. Strateški ciljevi, de facto, proizlaze iz strateških pitanja, prepoznatih u samom procesu dijaloga (radionice i fokus grupe) i same situacione analize (interna i eksterna analiza, te SWOT analiza). U tom kontekstu posmatrano strateški ciljevi predstavljaju "obećavajuća mjesta" - širu grupu srodnih ciljeva vidljivih i u samoj viziju. Strateški ciljevi, kao prvi nivo dekomponiranja vizije, još uvijek predstavljaju grupu ciljeva koja pokriva veći broj srodnih područja, tako da ih i nije moguće kvantificirati, što uslovljava potrebu za njihovom daljnjom operacionalizacijom – da bi se sprovele u djelo. Da bi se omogućilo djelotvorno strateško djelovanje, broj strateških ciljeva koji se izvode iz vizije i kroz dijalog prepoznatih strateških pitanja, ne bi trebao biti velik (ne veći od pet), s naznakom da definisani strateški ciljevi moraju da pokrivaju sve aspekte oblikovane vizije. Time se gradi proces koji obezbjeđuje da će se svi elementi strategije dalje raščlaniti do nivoa implementacije. Strateški ciljevi prikazani su u okviru *naslova 3.1. Strateški ciljevi*.

Slijedeći definisani metodološki pristup, u okviru svakog strateškog cilja, prepoznati su **programi** koji imaju karakter prioritetnih ciljeva. Programi predstavljaju naredni stepen operacionalizacije strateških ciljeva i prikazani su u okviru *naslova 3.2. Strateški programi*. Programi obuhvataju specifičnu, međusobno povezanu, grupu ciljeva koji se u znatnoj mjeri mogu uobličiti primjenom tzv. SMART¹ okvira. Prilikom izbora programa, vođeno je računa da oni proizlaze iz situacione analize (interna analiza i analiza okruženja), te da su u funkciji ostvarenja vizije i prethodno prepoznatih strateških ciljeva. Za svaki strateški cilj prepoznato je dva do pet programa.

U okviru svakog programa, na liniji njihove daljnje operacionalizacije, identificiran je set mjera (aktivnosti) koje je potrebno realizirati (*Slika 3.1.*). **Mjera**² predstavlja skup aktivnosti koje se mogu u potpunosti operacionalizirati. Za razliku od strateških ciljeva i programa, mjere se mogu (i trebaju) realizovati - sprovesti u djelo. To je i razlog da su, za svaku mjeru, prepoznati i detaljnije razrađeni očekivani rezultati (opis aktivnosti), potencijalni projekti, nosioci, početak i trajanje realizacije, potencijalne izvore finansiranja i indikatore posredstvom kojih će se mjeriti stepen ostvarenja konkretne mjere. Pored toga, za svaku mjeru je, na skali od jedan do tri, napravljena (okvirna) procjena urgentnosti (prioritet), kompleksnosti i iznosa budžeta. Mjere predstavljaju most preko kojeg se strateško djelovanje prevodi u sferu operativnog djelovanja. U tom kontekstu posmatrano, mjere predstavljaju operabilni dio programa, prioritetnih ciljeva, koji je podoban za identifikaciju konkretnih projekata čijom realizacijom bi se ostvarila konkretna mjera. Sam proces identifikacije konkretnih projekata i precizno određenje svakog projekta u okviru svake pojedinačne mjere po svim relevantnim osnovama (opseg projekta, vrijeme trajanja, troškovi projekta) vršit će se u samom procesu implementacije strategije.

1 SMART okvir, akronim engleskih riječi: *Specific* (specifičan), *Measurable* (mjerljiv), *Achievable* (ostvariv), *Realistic* (realan u odnosu na raspoložive resurse), *Time Bounded* (vremenski uokviren)

2 Mjera je doslovan prevod engleske riječi "measure", i kao takva je opće prihvaćena na ovim prostorima, iako bi riječ "aktivnosti" na djelotvorniji način očitovala ono što "mjera" jeste (mjera shvaćena kao set aktivnosti, projekata, koje treba poduzeti da bi se ostvarila konkretna mjera)



Slika 3.1. Proces raščlanjivanja strateških ciljeva na programe i mjere

O načinu operacionalizacije mjera, kao mosta preko kojeg se strategija implementira, bit će više riječi u narednom poglavlju. U narednim poglavljima bit će identificiran set mjera u okviru svakog programa (prioritetnog cilja), kao operabilni dio programa podoban za identifikaciju konkretnih projekata po relevantnim osnovama.

U nastavku će se sagledati svaki strateški cilj kroz nivo prepoznatih programa, prioritetnih ciljeva i seta mjera koje je potrebno poduzeti u narednih pet godina. Implementacijom navedenih mjera od strane prepoznatih nosioca realizovali bi se strateški programi, a samim tim i konačni strateški ciljevi.

3.1. SWOT analiza

Nakon što je provedena analiza okruženja (identifikovanje relevantnih faktora okruženja kroz PESTLE okvir, razumijevanje prirode okruženje, te analiza ključnih sila industrijske grane kroz Porterov model pet sila) i interna analiza (zdravstvenih materijalnih, finansijskih, organizacijskih i ljudskih resursa kojima raspolaže zdravstvo u ZE-DO kantonu), kompletirana je SWOT analiza. *Slika 3.2.* daje pregled identifikovanih snaga ("S"), slabosti ("W"), prilika ("O") i prijetnji ("T").



Slika 3.2. SWOT analiza

3.2. Strateški ciljevi

Primjenjujući naznačenu logiku u oblikovanju strateških ciljeva, polazeći od vizije zdravstvenog sektora Zeničko-dobojskog kantona, prepoznato je pet strateških ciljeva (Slika 3.3.).



Slika 3.3. Vizija i strateški ciljevi razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona

3.3. Strateški programi

Kao što je u uvodnom dijelu već naglašeno, u okviru svakog strateškog cilja prepoznati su **programi** koji imaju karakter prioritarnih ciljeva i koji predstavljaju naredni stepen operacionalizacije strateških ciljeva. Programi obuhvataju specifičnu međusobno povezanu grupu ciljeva i njihov broj je ograničen (*dva do pet programa po strateškom cilju*). Prilikom definisanja strateških programa, primijenjen je tzv. SMART okvira. SMART okvir je posebno razrađen za svaku pojedinu mjeru/ aktivnost u okviru prepoznatog programa.

U procesu izrade strategije razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona, identifikovano je pet strateških ciljeva. U okviru svakog strateškog cilja prepoznata su dva do pet strateških programa (ukupno 16 strateških programa) čija bi realizacija trebala osigurati dosezanje konačnih ciljeva.

STRATEŠKI CILJ 1:

Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora

- 1.1. Program promocije zdravlja i zdravog življenja
- 1.2. Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti
- 1.3. Program okoliša i zdravlja

STRATEŠKI CILJ 2:**Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga**

- 2.1. Program osiguranja kvaliteta
- 2.2. Program unapređenja sistema plata i nagrada
- 2.3. Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga
- 2.4. Program informatizacije zdravstvenog sistema
- 2.5. Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva

STRATEŠKI CILJ 3:**Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala**

- 3.1. Utemeljenje univerzitetske bolnice
- 3.2. Program unapređenja stručnog usavršavanja
- 3.3. Program unapređenja upravljačko-menadžerskih znanja i vještina

STRATEŠKI CILJ 4:**Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga**

- 4.1. Analiza zdravstvenih potreba
- 4.2. Osiguranje dostupnosti

STRATEŠKI CILJ 5:**Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK**

- 5.1. Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata
- 5.2. Program eksplantacija organa
- 5.3. Porodična medicina - niz mjera iz svih ciljeva koji će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti ZDK iz oblasti porodične medicine
- 5.4. Palijativna njega - niz mjera iz svih ciljeva koji će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti ZDK iz oblasti palijativne njege

U okviru svakog programa, na liniji njihove daljnje operacionalizacije, identificirat će se set mjera (aktivnosti) koje je potrebno realizirati (*Tabela 3.1.*). Detaljniji pregled mjerama po programima dat je u narednom poglavlju.

Strateški cilj	Strateški program	Mjere/ Aktivnosti
Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	1.1. Program promocije zdravlja i zdravog življenja	1.1.1. Kampanja: Podizanje svijesti građana o odgovornosti za sopstveno zdravlje 1.1.2. Kampanja protiv pušenja 1.1.3. Kampanja protiv narkomanije 1.1.4. Kampanja protiv alkoholizma 1.1.5. Kampanja: Važnost zdrave ishrane 1.1.6. Kampanja: Važnost fizičke aktivnosti
	1.2. Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	1.2.1. Otkrivanje faktora rizika za hronične bolesti u porodičnoj medicini i zdravstveni odgoj oboljelih i osoba sa rizikom (naročito dijabetes i hipertenzija) 1.2.2. Rano otkrivanje raka debelog crijeva 1.2.3. Rano otkrivanje raka dojke 1.2.4. Rano otkrivanje melanoma 1.2.5. Rano otkrivanje poremećaja vida kod djece 1.2.6. Rano otkrivanje poremećaja sluha kod djece 1.2.7. Prevenciranje deformiteta lokomotornog aparata kod djece 1.2.8. Unapređenje oralnog zdravlja kod djece 1.2.9. Rano otkrivanje hipotireoze 1.2.10. Rano otkrivanje fenilketonurija
Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	1.3. Program okoliša i zdravlja	1.3.1. Ekološka edukacije - podizanje ekološke svijesti 1.3.2. Izrada studija uticaja polutanata na ljudsko zdravlje 1.3.3. Unapređenje intersektorske saradnje iz oblasti zaštite okoliša
	2.1. Program osiguranja kvaliteta	2.1.1. Uvođenje ISO 9001 standarda u sve zdravstvene ustanove i institucije 2.1.2. Akreditacija bolnica 2.1.3. Akreditacija domova zdravlja 2.1.4. Akreditacija timova porodične medicine 2.1.5. Ustroj sistema monitoringa kvaliteta
	2.2. Program unapređenja sistema plata i nagrada	2.2.1. Uspostavljanje pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini 2.2.2. Uspostavljanje poticajnog sistema materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja
	2.3. Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	2.3.1. Modeliranje organizacije doma zdravlja 2.3.2. Uspostavljanje modaliteta saradnje između javnog i privatnog sektora 2.3.3. Vanbolnička podrška za onkološke bolesnike 2.3.4. Razvoj sistema vanbolničke palijativne njege 2.3.5. Razvoj sistema bolničke palijativne njege 2.3.6. Unapređenje zbrinjavanja hitnih medicinskih stanja 2.3.7. Optimiziranje korištenja skupe medicinske opreme 2.3.8. Razvoj medicine rada u skladu sa EU zahtjevima zaštite na radu
	2.4. Program informatizacije zdravstvenog sistema	2.4.1. Integracija zdravstvenog informacionog sistema na nivou Kantona 2.4.2. Hardversko i softversko opremanje zdravstvenih ustanova

Strateški cilj	Strateški program	Mjere/ Aktivnosti
Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	2.5. Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva	2.5.1. Povećanje prihoda kroz kontrolu prikupljanja doprinosa za zdravstveno osiguranje 2.5.2. Povećanje alokativne efikasnosti
	3.1. Utemeljenje univerzitetske bolnice	3.1.1. Osnivanje medicinskog fakulteta 3.1.2. Ustroj univerzitetske bolnice 3.1.3. Istraživanje i primjena novih interventivnih procedura
	3.2. Program unapređenja stručnog usavršavanja	3.2.1. Programi usavršavanja iz oblasti porodične medicine 3.2.2. Planiranje potreba za specijalizacijama i subspecijalizacijama 3.2.3. Kontinuirana medicinska edukacija 3.2.4. Training kadra za palijativnu njegu
	3.3. Program unapređenja upravljačko-menadžerskih znanja i vještina	3.3.1. Razvoj indikatora uspješnosti 3.3.2. Unapređenje menadžerskih vještina
Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga	4.1. Analiza zdravstvenih potreba	4.1.1. Istraživanje o zadoroljstvu i dostupnosti zdravstvenih usluga 4.1.2. Procjena zdravstvenih potreba i zahtjeva 4.1.3. Izrada programa zdravstvene zaštite u skladu sa procijenjenim potrebama
	4.2. Osiguranje dostupnosti	4.2.1. Evaluacija dostupnosti zdravstvenih usluga i tehnologija u skladu sa procijenjenim potrebama 4.2.2. Osiguranje odgovarajuće teritorijalne pokrivenosti porodičnom medicinom
	5.1. Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata	5.1.1. Ustroj modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku 5.1.2. Istraživanje i primjena novih onkoloških interventivnih procedura
	5.2. Program eksplantacija organa	5.2.1. Razvoj sistema za eksplantaciju organa 5.2.2. Razvijanje donorske mreže
Distinktna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK	5.3. Porodična medicina	Niz mjera iz svih ciljeva koji će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti ZDK iz oblasti porodične medicine
	5.4. Palijativna njega	Niz mjera iz svih ciljeva koji će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti ZDK iz oblasti palijativne njege

Tabela 3.1. Strateški ciljevi, programi, mjere



4.

Mjere/ Aktivnosti

4. MJERE/ AKTIVNOSTI

Metodološki okvir

Kao što je u prethodnom poglavlju naznačeno, mjera predstavlja operabilan skup aktivnosti koje se mogu u potpunosti operacionalizirati, odnosno u potpunosti prepoznati i detaljno odrediti sa stanovišta opsega, rokova, vremena trajanja, nosilaca i indikatora. Mjere, kao daljnji korak operacionalizacije programa unutar konkretnih strateških ciljeva, predstavljaju **most preko kojeg se strateško djelovanje prevodi u sferu operativnog djelovanja**. Identifikacijom seta mjera i njihovim cjelovitim određenjem stvaraju se potrebni preduslovi za implementaciju same strategije na način da se kroz realizaciju identificiranih mjera, logikom dijelova velike slike, sklapa i ostvaruje svaki pojedini program, svaki pojedini strateški cilj, a time i sama strategija.

U nastavku će se prepoznati svaka mjera u okviru svakog pojedinačnog programa na način da se osiguraju svi potrebni preduslovi za njihovu implementaciju. Svaka mjera će se odrediti po sljedećem setu obilježja:

1.1.1. Naziv mjere		PRIRORI TET	KOMPLE KSNOST	BUDŽET
				
Program:	...	1-2-3	1-2-3	1-2-3
Strateški cilj:	...			
Opis mjere/ Rezultat:	Kratak opis mjere, uz naznaku rezultata, željenog stanja koje želi da se ostvari realizacijom mjere.			
Potencijalni projekti:	Okvirno naznačeni projekti čijom realizacijom se ostvaruje mjera, uz naznaku da se određen broj mjera realizira kroz samo jedan projekat (nizak stepen kompleksnosti mjere).			
Nosioci:	Naznaka ključnog nosioca na nivou Kantona, uz eventualno potrebnu naznaku nosilaca na lokalnim i višim nivoima.			
Rok/ Vrijeme:	Početak realizacije/ vrijeme potrebno za realizaciju mjere/ karakter mjere: jednokratno, kontinuirano			
Indikatori:	Lista indikatora, parametara putem kojih se sagledava mjera			
Izvori finansiranje	Potencijalni izvori finansiranja			
Povezanost:	Uzročno-posljedična povezanost sa drugim mjerama, ako postoji povezanost			

Tabela 4.1. Elementi aktivnosti/ mjere

Kao što se može uočiti iz načina na koji su pojedinačne mjere identificirane same mjere imaju karakter projektnih aktivnosti. U sklopu Strategije nešto detaljnije specificiran je opseg mjere (*engl. scope*), prepoznajući stepen kompleksnosti same mjere (visoka, srednja-umjerena, niska), u smislu da li mjera podrazumijeva realizaciju većeg ili manjeg broja međusobno povezanih projekata, ili se pak mjera svodi samo na realizaciju jednog jedinog projekta. Ostala ograničenja projekta koji imaju izvedeni karakter, kao što su vrijeme trajanja (*engl. time*) i troškovi projekta (*engl. cost*), odnosno budžet, samo su okvirno naznačeni.

U samo procesu implementacije Strategije tijelo, organ koji će biti zadužen za sprovođenje strategije zajedno će sa izabranim nosiocem projekta primjenom PMBOK-ove metodologije³ projektnog menadžmenta i alata projektnog

³PMBOK (**P**roject **M**anagemnt **B**ody of **K**nowledge) je univerzalno prihvaćena metodologija projektnog menadžmenta koju je razvio američki Project Management Institute (o PMBOK-ovo metodologiji detaljnije vidi: www.pmi.org).

menadžmenta detaljno specificirati svaku pojedinačnu mjeru u formatu tzv. *baseline* mjere, čime će se stvoriti preduslovi za njenu realizaciji, odnosno donošenju odluke za njenu realizaciju.

O postupku implementacije Strategije, odnosno o načinu realizacije, koordiniranja i monitoring svih projektnih aktivnosti biće više riječi u posljednjem dijelu Strategije (Implementacija, monitoring i evaluacija).

PRIRORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
 1: Visok	 1: Visoka	 1: Vrlo visok
 2: Srednji	 2: Srednja - umjerena	 2: Umjeren
 3: Nizak	 3: Niska	 3: Nizak

Slika 4.1. Opis korištenih grafičkih elemenata u aktivnostima/ mjerama



1.

Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora

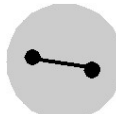
- 1.1. Program promocije zdravlja i zdravog življenja
- 1.2. Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti
- 1.3. Program okoliša i zdravlja

1.1.1. Kampanja: Podizanje svijesti građana o odgovornosti za sopstveno zdravlje		PRIRORITET 	KOMPLEKSNOST 	BUDŽET 
Program: Strateški cilj:	Program promocije zdravlja i zdravog života Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora		1	2 2-3
Opis mjere/ Rezultat:	Kampanja o podizanju svijesti građana o odgovornosti za sopstveno zdravlje je važan segment socijalnog marketinga koji za cilj ima razvoj svijesti građana o korelacijama između izbora stilova života i razvoja hroničnih nezaraznih bolesti. Rezultat mjere će biti povišena razina svijesti građana o pomenutim korelacijama.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (<i>TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo</i>) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa zdravstvenim ustanovama i NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjena stavova Stepen promjena prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.2.; 1.1.3.; 1.1.4.; 1.1.5. i 1.1.6.			

1.1.2. Kampanja protiv pušenja		PRIRORI TET	KOMPLE KSNOST	BUDŽET
Program:	Program promocije zdravlja i zdravog života			
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	1	3	2-3
Opis mjere/ Rezultat:	Kampanja o podizanju svijesti građana o štetnosti pušenja za zdravlje, osobito u pogledu razvoja hroničnih nezaraznih bolesti (<i>kardio-vaskularne bolesti, maligni tumori i HOPB</i>). Rezultat projekta će biti viša razina znanja, stavova i praksi u oblasti pušenja kao nezdravog stila života.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (<i>TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo</i>) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja Podrška prestanku pušenja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat pušača u općoj populaciji Procenat pušača među mladima Procenat pušača među zaposlenima Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjena stavova Stepen promjena prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.			

1.1.3. Kampanja protiv narkomanije		PRIRORI TET	KOMPLE KSNOST	BUDŽET
Program: Strateški cilj:	Program promocije zdravlja i zdravog života Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	 1	 3	 2-3
Opis mjere/ Rezultat:	Kampanja o podizanju svijesti građana o štetnosti narkomanije za zdravlje. Rezultat projekta će biti viša razina znanja, stavova i praksi u oblasti narkomanije kao nezdravog stila života.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za bolesti ovisnosti u saradnji sa ostalim zdravstvenim ustanovama i NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat konzumenata narkotika u općoj populaciji Procenat konzumenata narkotika među mladima Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjene stavova Stepen promjene prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1.			

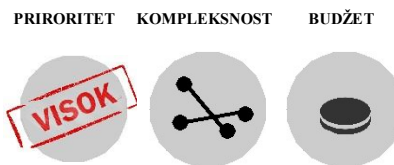
1.1.4. Kampanja protiv alkoholizma		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
				
Program:	Program promocije zdravlja i zdravog života	1	3	2-3
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora			
Opis mjere/ Rezultat:	Kampanja o podizanju svijesti građana o štetnosti alkoholizma za zdravlje. Rezultat projekta će biti viša razina znanja, stavova i praksi u oblasti alkoholizma kao nezdravog stila života.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (<i>TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo</i>) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za bolesti ovisnosti u saradnji sa ostalim zdravstvenim ustanovama i NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat konzumenata alkohola u općoj populaciji Procenat konzumenata alkohola među mladima Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjene stavova Stepen promjene prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerom 1.1.1.			

1.1.5. Kampanja: Važnost zdrave ishrane		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
Program:	Program promocije zdravlja i zdravog života	 1	 3	 2-3
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora			
Opis mjere/ Rezultat:	Ishrana predstavlja jedan od važnih faktora zdravlja uopće. Neadekvatna ishrana je faktor rizika za niz hroničnih nezaraznih bolesti koje predstavljaju značajan udjel u teretu bolesti za društvo. Konačan rezultat kampanje o podizanju svijesti građana o važnosti zdrave ishrane će biti viša razina znanja, stavova i praksi u oblasti zdrave ishrane kao zdravog stila života.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat gojaznih u općoj populaciji Procenat gojaznih među mladima Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjene stavova Stepen promjene prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.			

1.1.6. Kampanja: Važnost fizičke aktivnosti		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
Program: Program promocije zdravlja i zdravog života Strateški cilj: Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora		 1	 3	 2-3
Opis mjere/ Rezultat:	Nedovoljna fizička aktivnost predstavlja značajan faktor rizika za niz hroničnih bolesti. Konačan rezultat kampanje o podizanju svijesti građana o važnosti redovne fizičke aktivnosti za zdravlje će biti viša razina znanja, stavova i praksi u oblasti fizičke aktivnosti kao zdravog stila života.			
Potencijalni projekti:	Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (<i>TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo</i>) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa NVO			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat fizički neaktivnih u općoj populaciji Procenat fizički neaktivnih među mladima Broj kampanja Broj stanovnika obuhvaćenih kampanjom Broj korištenih medija Stepen razumijevanja poruka Stepen promjene stavova Stepen promjene prakse			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalno ministarstvo zdravstva EU fondovi Domaći fondovi za nevladine organizacije			
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.			

1.2.1. Otkrivanje faktora rizika za hronične bolesti u porodičnoj medicini i zdravstveni odgoj oboljelih i osoba sa rizikom (naročito dijabetes i hipertenzija)		PRIRORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
Program: Strateški cilj:		1 2 3		
Opis mjere/Rezultat:		Timovi porodične medicine u svom redovnom radu trebaju raditi na otkrivanju prisustva faktora rizika za razvoj hroničnih nezaraznih bolesti. Cilj ove mjere je dizajnirati i implementirati zdravstveni program otkrivanja faktora rizika za hronične bolesti u porodičnoj medicini kao redovnu aktivnost, kao i provoditi zdravstveni odgoj osoba sa rizikom za hronične bolesti (naročito dijabetes i hipertenzija).		
Potencijalni projekti:		Dizajn metodologije za otkrivanje faktora rizika (2016.) Trening timova PM Program otkrivanja faktora rizika za hronične bolesti u porodičnoj medicini kroz organizirani kontinuirani masovni skrining koristeći se standardiziranim setom preventivno-promotivnih usluga (2017. - 2025.) Edukacija oboljelih i osoba sa rizikom		
Nosioci:		Domovi zdravlja s timovima porodične medicine Kantonalni zavod za javno zdravstvo NVO		
Rok/ Vrijeme:		2016. – 2025. Kontinuirano		
Indikatori:		Procenat registrovanih pacijenata koji su obuhvaćeni skriningom Broj prvih pregleda – preventivna obrada pacijenta Prevalenca otkrivenih faktora rizika Trendovi u prevalenci rizika kroz godine (period 2017.-2025.) Broj edukacija Broj osoba obuhvaćenih edukacijom		
Izvori finansiranje		Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja (kroz nagradno plaćanje timova porodične medicine za standardizirani set preventivno-promotivnih aktivnosti)		
Povezanost:		Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.		

1.2.2. Rano otkrivanje raka debelog crijeva



Program: Strateški cilj:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora		1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Rak debelog crijeva spada u grupu karcinoma za koje je dokazana isplativost masovnog ranog otkrivanja. Implementirati zdravstveni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva koji inicira porodična medicina kao redovnu aktivnost.				
Potencijalni projekti:	Dizajn programa kontinuiranog otkrivanja raka debelog crijeva Trening osoblja Nabavka opreme Kampanja senzibilizacije korisnika skrininga Testiranje programa Implementacija – kontinuirani skrining Monitoring i evaluacija skrininga				
Nosioci:	Zdravstvene ustanove				
Rok/ Vrijeme:	2017. – 2018.		Kontinuirano		
Indikatori:	Obuhvat pojedinih skupina osiguranika skrining testovima karcinom debelog crijeva Broj urađenih skrining pregleda mjesečno / kvartalno Broj otkrivenih slučajeva karcinoma na broj skrininga Procenat otkrivenih slučajeva sa petogodišnjim preživljavanjem				
Izvori finansiranje	Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja, Kantonalno ministarstvo zdravstva (budžet ZDK) EU fondovi				
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.				

1.2.3.

Rano otkrivanje raka dojke

PRIRORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
1	2	3

Program:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	
Opis mjere/Rezultat:	Rak dojke je najčešći rak kod žena, a spada u grupu karcinoma za koje je dokazana isplativost masovnog ranog otkrivanja. Implementirati zdravstveni program ranog otkrivanja raka dojke kao redovnu aktivnost.	
Potencijalni projekti:	Izrada studije izvodljivosti skrininga za rano otkrivanje raka dojke Dizajn programa kontinuiranog otkrivanja raka dojke Trening osoblja Nabavka opreme Kampanja senzibilizacije korisnika skrininga Testiranje programa Implementacija – kontinuirani skrining Monitoring i evaluacija skrininga	
Nosioci:	Zdravstvene ustanove	
Rok/ Vrijeme:	2017. – 2018.	Kontinuirano
Indikatori:	Obuhvat pojedinih skupina osiguranika skrining testovima za određene karcinome Broj urađenih skrining pregleda mjesečno / kvartalno Broj otkrivenih slučajeva karcinoma na broj skrininga Procenat otkrivenih slučajeva sa petogodišnjim preživljavanjem	
Izvori finansiranje	Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja, EU fondovi	
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.	

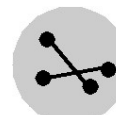
1.2.4.

Rano otkrivanje melanoma

PRIORITET

KOMPLEKSNOŠĆ

BUDŽET



1

2

3

Program:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	
Opis mjere/Rezultat:	Melanom spada u maligne bolesti koje se najbrže razvijaju i najbrže metastaziraju. Zbog toga je važno rano otkrivanje ove bolesti. Implementirati zdravstveni program ranog otkrivanja melanoma kao redovnu aktivnost.	
Potencijalni projekti:	Dizajn programa kontinuiranog otkrivanja melanoma Trening osoblja Nabavka opreme Kampanja senzibilizacije korisnika skrininga Testiranje programa Implementacija – kontinuirani skrining Monitoring i evaluacija skrininga Program ranog otkrivanja melanoma: dizajn, trening, nabavka opreme, testiranje, implementacija (2017.)	
Nosioci:	Zdravstvene ustanove	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2017.	Kontinuirano
Indikatori:	Obuhvat pojedinih skupina osiguranika skrining testovima za određene melanoma Broj urađenih skrining pregleda mjesečno / kvartalno Broj otkrivenih slučajeva karcinoma na broj skrininga Procenat otkrivenih slučajeva sa petogodišnjim preživljavanjem	
Izvori finansiranje	Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja, EU fondovi	
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 1.1.1. i 1.2.1.	

PRIRORITET KOMPLEKSNOŠT BUDŽET

1.2.5. Rano otkrivanje poremećaja vida kod djece



Program:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti		
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora		
	1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Razviti kontinuirani zdravstveni program ranog otkrivanja poremećaja vida kod djece.		
Potencijalni projekti:	Ciljani pregledi školske djece uzrasta prvog razreda osnovne škole Nabavka opreme za ortoptički kabinet Rana intervencija kroz posebno opremljen kabinet oftalmološkog odjela KB Zenica		
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo (skrining za rano otkrivanje poremećaja vida) Kantonalna bolnica Zenica (ortoptički kabinet)		
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano	
Indikatori:	Procenat obuhvaćene djece periodičnim ciljanim pregledima Procent djece kod kojih je otkriven poremećaj vida ili sluha Procenat djece koja su uspješno tretirana u ortoptičkom kabinetu KB Zenica		
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja		
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.		

Rano otkrivanje

1.2.6. poremećaja sluha kod djece

PRIRORITET KOMPLEKSNOŠT BUDŽET



Program: Strateški cilj:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Razviti kontinuirani zdravstveni program ranog otkrivanja poremećaja sluha kod djece.			
Potencijalni projekti:	Ciljani pregledi školske djece uzrasta prvog razreda osnovne škole Rana intervencija kroz audiološki kabinet KB Zenica Nabavka opreme za audiološki kabinet			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo (skrining za rano otkrivanje poremećaja sluha) Kantonalna bolnica Zenica (audiološki kabinet)			
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat obuhvaćene djece periodičnim ciljanim pregledima, procent djece kod kojih je otkriven poremećaj sluha			
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

Preveniranje deformiteta 1.2.7. lokomotornog aparata kod djece

PRIORITET

KOMPLEKSNO
T

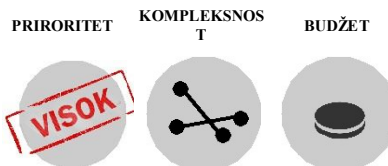
BUDŽET



Program: Strateški cilj:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Deformiteti lokomotornog aparata predstavljaju značajan faktor apsentizma, pa i invaliditeta. Ranim otkrivanjem ovih deformiteta u dječijem uzrastu moguće je izvršiti korekcije. Na drugoj strani postoje faktori rizika za deformitete lokomotornog aparata, pa se djelovanjem na njih može prevenirati nastanak ovih deformiteta. Cilj ove mjere je preveniranje deformiteta lokomotornog aparata kod djece.			
Potencijalni projekti:	Projekat ranog otkrivanja deformiteta lokomotornog aparata kod djece (skrining u školskom uzrastu) Projekat ranog otkrivanja deformiteta kukova (kod male djece) Projekat ispitivanja prilagođenosti školskog namještaja uzrastu djece i uticaja na razvoj lokomotornog aparata Projekat školske torbe Projekat razvoja programa fizičkih aktivnosti koje pogoduju ispravnom razvoju lokomotornog aparata kod djece Projekat razvoja posebnog fizijatrijskog tretmana			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo (rano otkrivanje deformiteta lokomotornog aparata kod školske djece) Kantonalna bolnica (rano otkrivanje deformiteta kukova kod male djece) Ministarstvo obrazovanja – Pedagoški zavod - Škole Domovi zdravlja (centri za fizikalnu rehabilitaciju) NVO			
Rok/ Vrijeme:	2017.	Kontinuirano		
Indikatori:	Procenat djece kod kojih je utvrđen deformitet lokomotornog aparata Procenat djece koja su uspješno tretirana Procenat školske djece obuhvaćenih skriningom za rano otkrivanje poremećaja lokomotornog aparata Procenat škola koje su uključene u preventivni program			
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva Ministarstvo obrazovanja Domaći fondovi za NVO EU fondovi Sponzori			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

1.2.8.

Unapređenje oralnog zdravlja kod djece



1

2

3

Program:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	
Opis mjere/ Rezultat:	Promocija oralnog zdravlja je integralni dio cjelokupne zdravstvene promocije i predstavlja strateško opredjeljenje svake države koja brine o zdravlju cjelokupne populacije. Očuvanje oralnog zdravlja ima snažan uticaj na opće zdravlje i kvalitet života. Unapređenje oralnog zdravlja kod djece i stvaranje dobrih navika u ovom uzrastu, znači poboljšanje i oralnog i općeg zdravlja cijele populacije. Konačan ishod ove mjere je unaprijeđeno oralno zdravlje kod djece.	
Potencijalni projekti:	Projekat ispitivanja stanja oralnog zdravlja kod djece Projekat podizanja svijesti o značaju oralnog zdravlja - kampanje Projekat edukacije nastavnog osoblja za promovisanje oralnog zdravlja kod djece	
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo Domovi zdravlja (Službe za stomatološku zaštitu) NVO Škole Obdaništa	
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano
Indikatori:	Procenat djece obuhvaćenih ispitivanjem oralnog zdravlja KEP indeks Broj kontrolnih pregleda stomatologa na 1000 djece Broj stomatoloških intervencija na 1000 djece	
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

1.2.9.

Rano otkrivanje hipotireoze

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
1	2	3

Program:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti	
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	
Opis mjere/Rezultat:	Kongenitalni hipotireoidizam je nedovoljna funkcija štitne žlijezde, pri čemu ona u smanjenoj količini ili uopće ne proizvodi hormone tiroksin i trijodtironin, važne regulatore metabolizma i mentalnog razvoja. Dijagnoza se uspostavlja laboratorijskim ispitivanjem uzorka krvi iz pete na filter papiru. Rezultat mjere je organizovan skrining za rano otkrivanje hipotireoidizma i ustrojen sistem liječenja.	
Potencijalni projekti:	Dizajn sistema skrininga Obuka osoblja za skrining i za liječenje Medijska kampanja Provođenje skrininga i provođenje liječenja oboljele djece	
Nosioci:	Zdravstvene ustanove	
Rok/ Vrijeme:	2016.	
Indikatori:	Broj novorođenčadi obuhvaćenih skriningom Broj otkrivenih slučajeva bolesti	
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja UNICEF	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

1.2.10 Rano otkrivanje fenilketonurija		PRIRORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
				
Program: Strateški cilj:	Program prevencije i ranog otkrivanja bolesti Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Fenilketonurija je najčešća iz grupe nasljednih metaboličkih bolesti, koje nastaju zbog poremećaja u oksidaciji aminokiseline fenilalanina u aminokiselinu tirozin, što rezultira oštećenjima nervnog sistema i mentalne zaostalosti. Dijagnoza se postavlja laboratorijskim pregledom krvi i mokraće, a liječenje je uspješno samo ako se započne rano, prije prvih simptoma. Rezultat mjere je organizovan skrining za rano otkrivanje fenilketonurije i ustrojen sistem liječenja			
Potencijalni projekti:	Dizajn sistema skrininga Obuka osoblja za skrining i za liječenje Medijska kampanja Provođenje skrininga i provođenje liječenja oboljele djece			
Nosioci:	Zdravstvene ustanove			
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano		
Indikatori:	Broj novorođenčadi obuhvaćenih skriningom Broj otkrivenih slučajeva bolesti			
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja UNICEF			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

1.3.1. Ekološka edukacije - podizanje ekološke svijesti		PRIRORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
Program: Strateški cilj:				
Program okoliša i zdravlja Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora				
		1	2	3
Opis mjere/ Rezultat: Razvojem nauke na svim nivoima pojavila se i potreba za zaštitom i unapređenjem životne sredine. Novija istraživanja iz područja ekologije i edukacije pokazuju da je društvo suočeno s problemom ekološke krize koja je u najvećoj mjeri izazvana negativnim antropogenim uticajem. Veliki broj faktora može uticati negativno na okoliš i živi svijet pri čemu, kao najznačajnije, možemo izdvojiti nedovoljnu educiranost članova društvene zajednice, a posebno populacije školske djece i studenata. Javna kampanja na temu „ekološka edukacija“ s ciljem podizanja ekološke svijesti građana, ali i donosilaca odluka u oblasti okoliša i zdravlja.				
Potencijalni projekti: Kampanja podizanja svijesti građana o okolišu i zdravlju				
Nosioci: Kantonalni zavod za javno zdravstvo NVO				
Rok/ Vrijeme: 2016. Kontinuirano				
Indikatori: Stepen ekološke osviještenosti				
Izvori finansiranje Zavod zdravstvenog osiguranja Ministarsvo zdravstva Ministarsvo za okoliš ZDK i FBIH domaći fondovi za NVO međunarodni fondovi				
Povezanost: Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.				

1.3.2. Izrada studija uticaja polutanata na ljudsko zdravlje

PRIRORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
1	2	3

Program:	Program okoliša i zdravlja	
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora	
Opis mjere/ Rezultat:	Kroz studiju o utjecaju polutanata na ljudsko zdravlje procijeniti jačinu uzročno-posljedične veze između izloženosti polutantima i težine morbiditeta (eng. "health impact assessment").	
Potencijalni projekti:	Ispitivanje korelacije između aerozagađenja i plućnih bolesti.	
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa zdravstvenim ustanovama i NVO	
Rok/ Vrijeme:	2017.	
Indikatori:	Prevalencija hroničnih opstruktivnih plućnih bolesti na teritoriju Kantona s različitim stupnjevima zagađenja zraka	
Izvori finansiranje	Kantonalna vlada Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

Unapređenje		PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
1.3.3. intersektorske saradnje iz oblasti zaštite okoliša				
Program:	Program okoliša i zdravlja	1	2	3
Strateški cilj:	Razvijene promotivne i preventivne aktivnosti zdravstvenog sektora			
Opis mjere/ Rezultat:	Na osnovu studije o utjecaju polutanata na ljudsko zdravlje promovirati intenzivne mjere intersektorske saradnje u oblasti zaštite okoliša s ciljem smanjenja štetnih efekata na zdravlje ljudi.			
Potencijalni projekti:	Pregled postojeće legislative Analiza postojeće prakse u procesu zaštite okoliša Poduzimanje odgovarajućih mjera na smanjenje emisije polutanata u okoliš Razvoj znanja i vještina o koristima intersektorske saradnje			
Nosioci:	Kantonalno ministarstvo zdravstva Kantonalno ministarstvo okoliša			
Rok/ Vrijeme:	2017. – 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Broj i sadržaj aktivnosti sukladno prethodnom tekstu s naslovom potencijalni projekti Broj seminara o razvoju znanja i vještina Broj lica obuhvaćenih edukacijom			
Izvori finansiranje	Kantonalno ministarstvo zdravstva Kantonalno ministarstvo za okoliš			
Povezanost:	Djelokrug ove mjere se preklapa ili je u tijesnoj vezi s sljedećim mjerama 1.3.1. i 1.3.2.			

2.

Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga

- 2.1. Program osiguranja kvaliteta
- 2.2. Program unapređenja sistema plata i nagrada
- 2.3. Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga
- 2.4. Program informatizacije zdravstvenog sistema
- 2.5. Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva

Uvođenje ISO 9001 2.1.1. standarda u sve zdravstvene ustanove i institucije		PRIORITET  2	KOMPLEKSNOŠT  2	BUDŽET  1
Program: Strateški cilj:	Program osiguranja kvaliteta Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Cilj ove mjere je standardizacija svih poslovnih procesa u svim zdravstvenim institucijama i zdravstvenim ustanovama u ZDK. Standardizacijom poslovnih procesa kroz uvođenje ISO 9001 standarda stvorit će se preduslovi za optimizirano odvijanje poslovnih procesa dosežući željene standarde kvaliteta. Uvođenje ISO 9001 će izgraditi okruženje u kojem će se lakše implementirati akreditacijski standardi.			
Potencijalni projekti:	U okviru ove mjere može se prepoznati veći broj projekata. <i>De facto</i> uvođenje ISO 9001 standarda u svaku pojedinačnu zdravstvenu instituciju ili ustanova predstavlja zaseban projekat. Potrebno je osigurati određeni stepen koordinacije u realizaciji svih projekata u okviru ove mjere.			
Nosioci:	Svaka pojedinačna zdravstvena institucija i zdravstvena ustanova			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Jednokratni projekti		
Indikatori:	Broj ustanova koje su započele proces ISO 9001 Broj ustanova koje su certificirane po ISO 9001			
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva i svaka pojedinačna zdravstvena institucija i zdravstvena ustanova			
Povezanost:	Direktna povezanost sa svim mjerama u okviru ovog programa			

2.1.2. Akreditacija bolnica (AKAZ)		PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
Program:	Program osiguranja kvaliteta			
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	2	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Dosezanje odgovarajućih akreditacija je najsigurniji način osiguranja potrebnog nivoa kvaliteta i optimizacije poslovnih procesa unutar bolnica. Rezultat ove mjere je dosezanje AKAZ-ove akreditacije za sadašnju kantonalnu bolnicu, a buduću univerzitetsku bolnicu ZDK, kao i opću bolnicu.			
Potencijalni projekti:	U osnovi riječ je o jednom jednokratnom projektu za svaku bolnicu. Poželjno je osigurati potreban stepen koordinacije u realizaciji ovih projekata.			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva i bolnice			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Jednokratni projekti		
Indikatori:	Broj bolničkih odjela na kojima se implantiraju AKAZ-ovi standardi Broj bolničkih odjela na kojima su implantirani AKAZ-ovi standardi			
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva i bolnice			
Povezanost:	Djelomična povezanost sa mjerom 2.1.1.			

2.1.3. Akreditacija domova zdravlja (AKAZ)

PRIORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
		
2	2	2

Program:	Program osiguranja kvaliteta	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/ Rezultat:	Dosezanje odgovarajućih akreditacija je najsigurniji način osiguranja potrebne razine kvaliteta i optimizacije poslovnih procesa unutar domova zdravlja u Ze-Do kantonu. Rezultat ove mjere je dosezanje AKAZ-ove akreditacije za svaki dom zdravlja u Ze-Do kantonu.	
Potencijalni projekti:	U okviru ove mjere može se prepoznati veći broj projekata. De facto akreditacija svakog doma zdravlja predstavlja zaseban projekat. Potrebno je osigurati potreban stepen koordinacije u realizaciji svih projekata u okviru ove mjere.	
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva i svaki dom zdravlja pojedinačno	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Jednokratni projekti
Indikatori:	Broj domova zdravlja u kojima se implementiraju AKAZ-ovi standardi Broj domova zdravlja u kojima su implementirani AKAZ-ovi standardi	
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva i svaki pojedinačni dom zdravlja	
Povezanost:	Djelomična povezanost sa mjerom 2.1.1.	

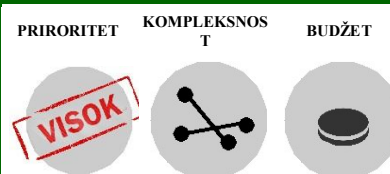
2.1.4. Akreditacija timova porodične medicine (AKAZ)		PRIRORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
Program: Strateški cilj:	Program osiguranja kvaliteta Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	 2	 2	 2
Opis mjere/ Rezultat:	Dosezanje odgovarajućih akreditacija je najsigurniji način osiguranja potrebne razine kvaliteta i optimizacije poslovnih procesa unutar timova porodične medicine u ZDK. Rezultat ove mjere je dosezanje AKAZ-ove akreditacije za svaki pojedinačni tim porodične medicine u ZDK.			
Potencijalni projekti:	U okviru ove mjere može se prepoznati veći broj projekata. <i>De facto</i> akreditacija svakog pojedinačnog tima porodične medicine predstavlja zaseban projekat. Potrebno je osigurati potreban stepen koordinacije u realizaciji svih projekata u okviru ove mjere.			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva i svaki dom zdravlja za timove porodične medicine u svom sastavu pojedinačno			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Jednokratni projekti		
Indikatori:	Broj timova PM u kojima se implementiraju AKAZ-ovi standardi Broj timova PM u kojima su implementirani AKAZ-ovi standardi			
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva i svaki pojedinačni dom zdravlja za pripadajuće timove porodične medicine			
Povezanost:	Djelomična povezanost sa mjerom 2.1.1. i 2.1.3.			

2.1.5. Ustroj sistema monitoringa kvaliteta		PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
Program: Program osiguranja kvaliteta Strateški cilj: Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga		 2	 2	 2
Opis mjere/ Rezultat:	Pored dosezanja željenog stepena kvaliteta svih učesnika u zdravstvenom sistemu ZDK kroz dosezanje ISO 9001 standarda i odgovarajućih AKAZ-ovih akreditacija potrebno je stvoriti i preduslove za održavanje dosegnutih standarda kvaliteta kroz kontinuirani monitor. Rezultat ove mjere će biti ustrojen sistem kontinuiranog monitoringa kvaliteta svih učesnika u zdravstvenom sistemu ZDK.			
Potencijalni projekti:	U osnovi riječ je jednom projektu koji kroz ustrojen sistem monitoringa kvaliteta direktno dotiče sve učesnike zdravstvenog sistema ZDK na kontinuiranoj osnovi.			
Nosioci:	Ministarstvo zdravsta			
Rok/ Vrijeme:	2016.	Pojedinačan projekat sa kontinuiranom provedbom		
Indikatori:	Ustrojen sistem monitoringa kvaliteta Broj izvještaja o obavljenom monitoringu Kvalitet izvještaja			
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva			
Povezanost:	Direktna povezanost sa svim mjerama u okviru programa 2.1.			

2.2.1. Uspostavljanje pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini (kapitacija i nagradno plaćanje)		PRIPORITET 1	KOMPLEKSNOŠT 1	BUDŽET 2
Program:	Program unapređenja sistema plata i nagrada			
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Postojeći sistem ugovaranja u oblasti porodične medicine uključuje samo dva partnera zavod zdravstvenog osiguranja i dom zdravlja, dok treći akter – tim porodične medicine ostaje izvan toga. Članovi tima PM su plaćeni sistemom plata što ne proizvodi željene motivacije, pa je i rezultat rada porodične medicine neadekvatan uloženom u ovaj segment PZZ. Neophodno je implementirati metode plaćanja zdravstvenih profesionalaca koje će ih motivisati na željeno ponašanje. Pojedinačno ugovaranje po modelu indirektnog ugovaranja, omogućava primjenu motivirajućih metoda plaćanja (kapitacija i nagradno plaćanje). Tekst ugovora između doma zdravlja i porodičnog doktora je definisan i identičan je za sve doktore (male razlike između privatnog i javnog sektora). Pojedinačno ugovaranje proizvodi konkurenciju među doktorima i donosi plaćanje prema obimu, rezultatima i kvalitetu rada. Ovakvo ugovaranje otvara prostor za ravnopravno uključivanje privatnog sektora, kao i prelazak postojeći doktora iz javnog sektora u privatni. Sadržaj ovog procesa je: • Prikupiti podatke o timovima porodične medicine sa brojem registrovanih osiguranika • Provesti registraciju – opredjeljivanje osiguranika po timovima porodične medicine • Informisanje doktora i sestara iz timova • Informisanje građana o procesu • Provođenje ankete među doktorima o izboru javnog ili privatnog ugovaranja • Pojedinačno ugovaranje sa privatnim praksama ili PZU kroz PJP • Sastanci sa menadžmentom domova zdravlja • Sastanci sa načelnicima općina • Inicirati formiranje Zdravstvenih savjeta u svim općinama • Izmjene Pravila domova zdravlja radi provođenja pojedinačnog ugovaranja			
Potencijalni projekti:	Dizajn sistema pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini (2016.) Izrada plana implementacije pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini na području ZDK (2016.) Trening menadžmenta domova zdravlja i timova porodične medicine za pojedinačno ugovaranje (2016. – 2017.) Implementacija pojedinačnog ugovaranja (projekat za svaki dom zdravlja) (2016. – 2020.)			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Zavod zdravstvenog osiguranja Domovi zdravlja Kantonalni zavod za javno zdravstvo			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Pojedinačan projekat sa kontinuiranom provedbom		
Indikatori:	Dizajniran sistem pojedinačnog ugovaranja Broj timova PM obuhvaćenih pojedinačnim ugovaranjem Obuhvat stanovništva pojedinačnim ugovaranjem sa timovima PM			
Izvori finansiranje:	Fond zdravstvenog osiguranja			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

2.2.2. Uspostavljanje poticajnog sistema materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja		PRIORITET	KOMPLEKSNO T	BUDŽET
				
Program:	Program unapređenja sistema plata i nagrada	2	2	3
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Postojeći sistem plaćanja medicinskog osoblja u zdravstvenim ustanovama nije niti poticajan niti motivirajući. Sistem materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja posebno medicinskog osoblja, kao zasebna dimenzija menadžmenta ljudskih resursa, predstavlja ključnu polugu u dosezanju potrebnog stepena motiviranosti i posvećenosti poslu. Rezultat ove mjere trebao bi biti poticajan sistem materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja medicinskog i nemedicinskog osoblja stavljajući u odgovarajući balans materijalne, novčane, nagrade i nematerijalne nagrade u formi široke lepeze različitih beneficija.			
Potencijalni projekti:	Dizajn i testiranje sistema nagrađivanja Trening menadžmenta za razvoj i implementaciju ovog sistema u svakoj ustanovi Posebni projekti implementacije za svaku zdravstvenu ustanovu			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Menadžment zdravstvenih ustanova Ekspertni tim			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2025.	Pojedinačan projekat sa kontinuiranom provedbom		
Indikatori:	Broj ustanova koje imaju implementiran sistem materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja Stepen zadovoljstva uposlenika Stepen posvećenosti poslu Stepen zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga			
Izvori finansiranje	Zdravstvene ustanove			
Povezanost:	Kroz stepen motiviranosti i zadovoljstva uposlenika utiče na sve mjere vezane za uspješnost funkcioniranja zdravstvenih ustanova.			

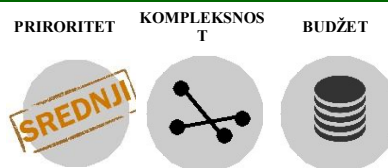
2.3.1. Modeliranje organizacije doma zdravlja



Program: Strateški cilj:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga		1	2	3
Opis mjere/ Rezultat:	Domovi zdravlja, kao ključne ustanove u pružanju zdravstvenih usluga, u osnovi imaju u velikoj mjeri standardiziran djelokrug rada i standardiziran način odvijanja svih dijelova poslovnog procesa. Rezultat ove mjere trebao bi da bude model optimizirane organizacione strukture dom(ov)a zdravlja, organizaciona struktura koja predstavlja odgovarajući okvir za efektivno i efikasno odvijanje poslovnih procesa unutar dom(ov)a zdravlja. Konačan rezultat ove mjere je da porodična medicina postane ključni biznis doma zdravlja, a većina ostalih aktivnosti da budu u funkciji medicinske podrške porodičnoj medicini.				
Potencijalni projekti:	U osnovi riječ je o jednom projektu, model organizacije doma zdravlja, koji zahtijeva odgovarajuću prilagodbu svakom pojedinačnom domu zdravlja u ZDK. U tom kontekstu posmatrano možemo govoriti o većem broju projekata (organizaciona struktura svakog doma zdravlja kao pojedinačni projekat) gdje svaki pojedinačni, svaki izvedeni projekat predstavlja operacionalizaciju modela organizacije doma zdravlja prilagođenu organizacionom kontekstu svakog pojedinačnog doma zdravlja.				
Nosioci:	Ekspertni tim Ministarstva zdravstva Menadžment domova zdravlja				
Rok/ Vrijeme:	2018. – 2025.				
Indikatori:	Broj domova zdravlja sa implementiranom novom organizacijom				
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Domovi zdravlja				
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.				

Uspostavljanje modaliteta 2.3.2. saradnje između javnog i privatnog sektora		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
				
Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	1	2	3
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Rezultat ove mjere je definiran okvir i načini integriranja privatnog zdravstvenog sektora zajedno sa javnim zdravstvenim sektorom sa ciljem povećanja dostupnosti zdravstvenih usluga i optimiziranje korištenja resursa javnog i privatnog zdravstvenog sektora. Rezultat ove mjere su uspostavljeni modaliteti saradnje privatnog i javnog zdravstvenog sektora na način da se ostvare odgovarajuća sinergija koja proizlazi iz interakcije ova dva sektora, a sa ciljem izvlačenja najvećih efekata iz privatne inicijative.			
Potencijalni projekti:	Definiranje mogućih oblika, modaliteta, i uslova integriranja privatnog zdravstvenog sektora u zdravstveni sistem ZDK Identifikacija djelatnosti od interesa za PJP			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Zavod zdravstvenog osiguranja Kantonalni zavod za javno zdravstvo			
Rok/ Vrijeme:	2016.	Krajnji rok / Kontinuirano		
Indikatori:	Broj privatnih zdravstvenih ustanova integriranih u zdravstveni sistem ZDK Vrste usluga koje pružaju integrirane privatne zdravstvene ustanove Broj pacijenta koji koriste usluge privatnog zdravstvenog sektora integriranog u zdravstveni sistem			
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva Privatno-javno partnerstvo Zavod zdravstvenog osiguranja, EU fondovi, USAID			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

2.3.3. Vanbolnička podrška za onkološke bolesnike



Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga		2	2	2
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga				
Opis mjere/ Rezultat:	Bolnički tretman predstavlja najskuplji dio pružanja zdravstvenih usluga. Skraćenje bolničkog tretmana nije moguće bez razvijenog sistema vanbolničke podrške ovim bolesnicima. Uspostavljena vanbolnička podrška za onkološke bolesnike: uspostavljanje sistema, obuka timova, razvoj koordinacije raznih službi...				
Potencijalni projekti:	Razvoj sistema vanbolničke podrške za onkološke bolesnike i njihove porodice Obuka timova porodične medicine za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Obuka socijalnih službi za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Obuka članova porodica za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Obuka NVO za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Razvoj mreže nevladinih organizacija za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima				
Nosioci:	Projektni tim formiran od strane Ministarstva zdravstva Kantonalni zavod za javno zdravstvo Domovi zdravlja NVO Službe za socijalni rad				
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2018.				
Indikatori:	Broj timova PM posebno obučениh za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Broj službenika socijalnih službi posebno obučениh za vanbolničku podršku onkološkim bolesnicima Broj NVO u mreži za podršku onkološkim bolesnicima Procenat onkoloških bolesnika obuhvaćenih ovom podrškom				
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Budžet ZDK Budžeti općina (za finansiranje rada NVO) EU Fondovi				
Povezanost:	Povezanost sa mjerama 2.3.4. i 2.3.5..				

2.3.4. Razvoj sistema vanbolničke palijativne njege		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga			
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	2	2	2
Opis mjere/Rezultat:	Palijativna njega je sveobuhvatna (<i>zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna</i>) njega s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek. Nastoji se ublažiti bol i podići kvalitet života bolesnika neizlječivih ili složenih bolesti u vanbolničkim uslovima Konačan cilj ove mjere je: Razvijen funkcionalan sistem vanbolničke palijativne njege.			
Potencijalni projekti:	Dizajniranje sistema vanbolničke palijativne njege Nabavka potrebne opreme Trening: osoblja, članova porodica, socijalnih službi, vjerskih službenika, NVO Implementacija sistema vanbolničke palijativne njege Monitoring i evaluacija sistema vanbolničke palijativne njege			
Nosioci:	Domovi zdravlja (Porodična medicina)			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2018.			
Indikatori:	Procenat onkoloških bolesnika obuhvaćenih vanbolničkom palijativnom njegom Procenat smanjenja korištenja bolničkih kapaciteta			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja ZDK			
Povezanost:	Povezano sa mjerom 2.3.3. i 2.3.5.			

2.3.5. Razvoj sistema bolničke palijativne njege		PRIRORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
Program: Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga Strateški cilj: Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga		 2	 2	 3
Opis mjere/ Rezultat:	Palijativna njega je sveobuhvatna (<i>zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna</i>) njega s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek u stacionarnim uslovima. Nastoji se ublažiti bol i podići kvalitet života bolesnika neizlječivih ili složenih bolesti. Konačan cilj ove mjere je: razvijen funkcionalan sistem bolničke palijativne njege			
Potencijalni projekti:	Analiza opravdanosti osnivanja kapaciteta bolničke palijativne njege Uspostavljanje odjela bolničke palijativne njege Adaptacija i opremanje odjela bolničke palijativne njege			
Nosioci:	Kantonalna bolnica Zenica			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2018.			
Indikatori:	Broj pacijenata tretiranih u okviru odjela bolničke palijativne njege Prosječna dužina boravka na odjelu			
Izvori finansiranje	Budžet Kantonalne bolnice Zenica (ovaj sistem trebao bi smanjiti troškove bolnice) Fond zdravstvenog osiguranja ZDK			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

2.3.6. Unapređenje zbrinjavanja hitnih medicinskih stanja

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
2	2	3

Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Hitna medicinska služba je jedan od kamen temeljaca zdravstvenog sistema. Rezultat ove mjere trebao bi da bude reorganizirana medicinska služba i unaprijeđen sistem zbrinjavanja hitnih medicinskih stanja, koja će optimizirati korištenje resursa hitne medicinske službe uz osiguranje odgovarajuće usluge pacijentima koji imaju potrebu za hitnim medicinskim uslugama.	
Potencijalni projekti:	Dizajn sistema hitne medicinske pomoći na području ZDK (koji uključuje i osposobljavanje nemedicinaru i građana za prvu pomoć) (2016.) Nabavka opreme i prilagođavanje infrastrukture (2016. – 2017.) Obuka medicinskog osoblja (2016. – 2017.) Obuka nemedicinskog osoblja i građana (2016. – 2017.) Implementacija nove organizacije hitne medicinske pomoći (2017. – 2018.)	
Nosioci:	Ekspertni tim formiran od strane Ministarstva zdravstva Zdravstvene ustanove NVO	
Rok/ Vrijeme:	2018. – 2020.	
Indikatori:	Broj punktova hitne medicinske službe Broj angažiranih ljudi u hitnoj medicinskoj službi Broj intervencija hitne medicinske službe Vrijeme dolaska na mjesto intervencije Stepen uspješnosti intervencija hitne medicinske službe	
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva Zavod zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi USAID	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

2.3.7. Optimiziranje korištenja skupe medicinske opreme

PRIORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
		
2	1	3

Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/ Rezultat:	Skupa medicinska oprema zahtijeva velika finansijska ulaganja, tako da je neophodno stvoriti preduslove za optimizirano korištenje skupe medicinske opreme. Rezultat ove mjere trebao bi da bude definiranje kriterija: šta je skupa medicinska oprema, te utvrđivanje (popis) liste cjelokupne tzv. skupe medicinske opreme i njeno optimizirano raspoređivanje unutar postojećih zdravstvenih ustanova, uz definiranja procedura i načina kako učiniti dostupnom medicinsku opremu svim korisnicima. Jedan od rezultata ove mjere trebao bi da bude i identifikiranje potrebne, a nedostajuće skupe medicinske opreme.	
Potencijalni projekti:	U osnovi riječ je o jednom projektu koji ima više projektnih faza koje su naznačene u opisu mjere (očekivanom rezultatu).	
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva, ekspertni tim	
Rok/ Vrijeme:	2017.	Pojedinačan projekat sa kontinuiranom provedbom i stalnim unapređenjima
Indikatori:	Razvijeni kriteriji za utvrđivanje skupe medicinske opreme Lista (pregled) skupe medicinske opreme Stepen iskorištenosti skupe medicinske tehnologije	
Izvori finansiranje	Ministarstvo zdravstva Međunarodni fondovi	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

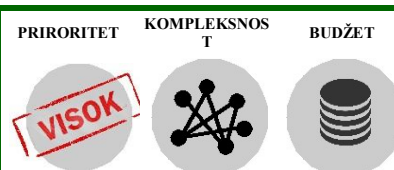
Razvoj medicine rada u skladu sa EU zahtjevima zaštite na radu

2.3.8.

PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
2	2	3

Program:	Program reorganizacije pružanja zdravstvenih usluga	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Medicina rada na području Zeničko-dobojskog kantona ima dugu tradiciju i prepoznatljivost još iz vremena sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća, prije svega kroz postojanje i rad Zavoda za medicinu rada. U tom kontekstu, Zeničko-dobojski kanton posjeduje potencijal za razvoj modela organizacije medicine rada prema EU zahtjevima. Rezultat mjere urađen program razvoja medicine rada u skladu sa EU zahtjevima zaštite na radu.	
Potencijalni projekti:	Projekat zaštite i promocije zdravlja na radnom mjestu Dizajn organizacije medicine rada na području ZDK	
Nosioci:	Menadžment Zavoda za medicinu rada sa posebnim projektnim timom	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2018.	
Indikatori:	Broj zaposlenih po timu medicine rada Procenat radnika koji imaju dostupne usluge medicine rada Procenat preventivnih usluga u ukupnim uslugama službi medicine rada	
Izvori finansiranje	Budžet KZMR i MS Zenica Ministarstvo zdravstva Međunarodni fondovi	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

2.4.1. Integracija zdravstvenog informacionog sistema na nivou Kantona



Program: Strateški cilj:	Program informatizacije zdravstvenog sistema Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	1	1	1-2
Opis mjere/ Rezultat:	Postojeći elementi zdravstvenog informacionog sistema ne služe svojoj pravoj svrši niti omogućavaju razmjenu informacija. Uglavnom su u funkciji nadzora, a ne u službi olakšavanja rada korisnika. Rezultat ove mjere trebao bi biti cjelovit informacioni sistem zdravstvenog sistema ZDK koji kroz veći broj međusobno povezanih modula informatički povezuje sve zdravstvene institucije i ustanove u ZDK i koji omogućava integrisanost postojećih softverskih aplikacija. Ključno mjesto koje može proizvesti potrebnu integraciju jeste ambulanta porodične medicine ⁴ .			
Potencijalni projekti:	Riječ je o cjelovitom projektu koji je sastavljen od većeg broja modularnih podprojekata. Potrebno je osigurati odgovarajući "red koraka" u procesu realizacije projekata. Centralni projekat je projekat dizajna informatizacije cjelokupnog zdravstvenog sistema ZDK sa jasno specificiranim modularnim projektima. Neophodno je osigurati potreban stepen koordinacije u realizaciji svih modularnih podprojekata (baza podataka pacijenata, e-zdravstvene knjižice, ...) Projekti: Dizajn tehničkih karakteristika sistema za prikupljanje, obradu, razmjenu i čuvanje zdravstvenih informacija (2016.)⁵ – ekspertni tim Dizajn aplikativnog softvera za porodičnu medicinu (2016.) – ekspertni tim Mjera 2.4.2. Nabavka informatičke opreme (2016.-2017.) Monitoring i evaluacija integrisanog sistema			
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva u saradnji sa svim učesnicima u zdravstvenom sistemu ZDK (ekspertni timovi)			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2017.			
Indikatori:	Ustrojeni informatički zdravstveni sistem Ustrojeni modularni informatički podsistemi Stepen dostupnosti podataka Broj ustanova čiji je ZIS integrisan u KZIS Procenat timova PM koji koriste isključivo kompjutersku aplikaciju integriranu u KZIS			
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi			
Povezanost:	Direktna posljedična povezanost sa mjerom 2.4.2. Povezanost sa svim mjerama vezanim za unapređenje načina poslovanja svih učesnika zdravstvenog sektora ZDK.			

4. Prosječnih 100 stanovnika u FBiH, prođe 350 puta kroz ambulate porodične medicine ili drugih službi koje treba da zamijeni porodična medicina. Nasuprot tome samo njih samo 8 koristi bolničku zdravstvenu zaštitu, a specijalističke konsultacije oko 75. Dakle, daleko najviše podataka bitnih za uvid u zdravstveno stanje stanovništva, kao i u rad zdravstvenog sistema se proizvodi u ovim ambulantomama. S druge strane ove ambulate apsorbuju i najveći dio podataka koji se "proizvedu" u specijalističkim službama i bolnicama, kroz nalaze specijaliste i otpusnice iz bolnice. Zbog ovih razloga je najispravnije ozbiljan rad na informatizaciji zdravstvenog sistema započeti upravo u ambulantomama porodične medicine, jer se iz podataka koji se ovdje slijevaju može steći uvid i u rad specijalističkih službi i u rad bolnica.

5 Sistem treba biti dizajniran tako da omogući integrisanost postojećih i budućih rješenja. Nakon što se izradi, treba postati obaveza za adaptaciju svih postojećih softverskih rješenja.

2.4.2. Hardversko i softversko opremanje zdravstvenih ustanova

PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
1-2	2	1-2

Program:	Program informatizacije zdravstvenog sistema	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Ova mjera predstavlja jednu vrstu operacionalizacije prethodne mjere, mjere 2.4.1. Polazeći od identificiranih informatičkih potreba potrebno je utvrditi koju vrstu hardverske i softverske podrške treba osigurati za uspješnu implementaciju integralnog informacionog sistema. Nema dvojbe da će se kroz odgovarajuće hardversko i softversko opremanje unaprijediti način funkcionisanja svake pojedinačne zdravstvene ustanove i cjelokupnog zdravstvenog sistema ZDK.	
Potencijalni projekti:	U osnovi riječ je o jednom projektu koji može biti "razbijen" na veći broj manjih projekata, u smislu da hardversko i softversko opremanje svake zdravstvene ustanove predstavlja zaseban projekat. Ključno mjesto koje može proizvesti potrebnu integraciju jeste ambulanta porodične medicine⁶. U svakom slučaju realizaciji ovog projekta treba se pristupiti koordinirano kao korak implementacije mjere 2.4.1.	
Nosioci:	Zavod zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva i svaka pojedinačna zdravstvena ustanova	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Cjelovit projekat sa kontinuiranom provedbom i stalnim unapređenjima
Indikatori:	Broj zdravstvenih ustanova Broj timova PM koji primjenjuju aplikativni softver Broj timova PM koji rade isključivo informatički (bez paralelnog rada na papirnoj dokumentaciji) Vrsta i broj hardverskih jedinica po svakoj zdravstvenoj ustanovi Vrsta softverske podrške u okviru svake organizacione jedinice Stepen zastarjelosti hardverske opreme Stepen upotrebljivosti hardverske opreme	
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi	
Povezanost:	Posljedično povezana sa mjerom 2.4.1. Povezanost sa svim mjerama vezanim za unapređenje načina poslovanja svih učesnika zdravstvenog sektora ZDK.	

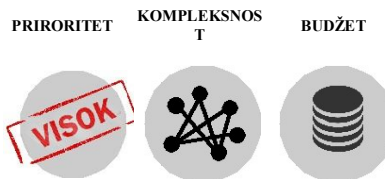
⁶ Prosječnih 100 stanovnika u FBiH, prođe 350 puta kroz ambulante porodične medicine ili drugih službi koje treba da zamijeni porodična medicina. Nasuprot tome samo njih samo 8 koristi bolničku zdravstvenu zaštitu, a specijalističke konsultacije oko 75. Dakle, daleko najviše podataka bitnih za uvid u zdravstveno stanje stanovništva, kao i u rad zdravstvenog sistema se proizvodi u ovim ambulantama. Sa druge strane ove ambulante apsorbiraju i najveći dio podataka koji se «proizvedu» u specijalističkim službama i bolnicama, kroz nalaze specijaliste i otpusnice iz bolnice. Zbog ovih razloga je najispravnije ozbiljan rad na informatizaciji zdravstvenog sistema započeti upravo u ambulantama porodične medicine, jer se iz podataka koji se ovdje slijevaju može steći uvid i u rad specijalističkih službi i u rad bolnica.

2.5.1. Povećanje prihoda kroz kontrolu prikupljanja doprinosa za zdravstveno osiguranje

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
1	1	3

Program:	Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva	
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Analiza je pokazala da postoje značajna dugovanja po osnovu nenaplaćenih doprinosa za zdravstveno osiguranje. S obzirom na nadležnost Porezne uprave za naplatu potraživanja po osnovu doprinosa, potrebno je ostvariti kontinuiranu saradnju sa Poreznom upravom uz primjeru adekvatnih mjera "pritiska" na dužnike. Rezultat mjere je povećana naplata starih potraživanja po osnovu doprinosa i ažurna naplata tekućih potraživanja.	
Potencijalni projekti:	Analiza stanja dugovanja po osnovu zdravstvenog osiguranja Saradnja sa poreskom upravom na naplati dugovanja po osnovu zdravstvenog osiguranja	
Nosioci:	Zavod zdravstvenog osiguranja	
Rok/ Vrijeme:	2016. (kontinuirano)	
Indikatori:	Stepen naplate starih potraživanja Stepen naplate tekućih potraživanja od kritičnih dužnika	
Izvori finansiranje	Budžet Zavoda zdravstvenog osiguranja	
Povezanost:	2.5.2., 4.1.2., 4.1.3. i 4.2.1.	

2.5.2. Povećanje alokativne efikasnosti



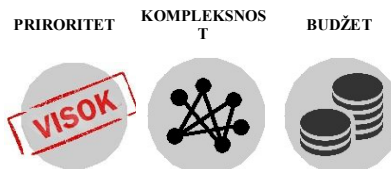
Program:	Program osiguranja stabilnog finansiranja zdravstva				
Strateški cilj:	Unaprijeđen kvalitet i način pružanja zdravstvenih usluga		1	1	2
Opis mjere/ Rezultat:	U situaciji oskudnih resursa, bolji rezultati se mogu ostvariti kroz stalnu težnju za unapređenje alokativne efikasnosti. Konačan cilj ove mjere je osigurati da se ostvare bolji rezultati sa postojećim sredstvima.				
Potencijalni projekti:	Ekonometrijske analize trošenja zdravstvenih sredstava Poboljšanje kriterija ugovaranja između Zavoda i zdravstvenih ustanova				
Nosioci:	Zavod zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva Zavod za javno zdravstvo				
Rok/ Vrijeme:	2016. (kontinuirano)				
Indikatori:	Broj realizovanih ekonometrijskih analiza Stepen alokativne efikasnosti Broj inovacija u kriterijima ugovaranja između Zavoda i zdravstvenih ustanova				
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi				
Povezanost:	2.5.1., 4.1.2., 4.1.3. i 4.2.1.				

3.

Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala

- 3.1. Utemeljenje univerzitetske bolnice
- 3.2. Program unapređenja stručnog usavršavanja
- 3.3. Program unapređenja upravljačko menadžerskih
znanja i vještina

3.1.1. Osnivanje medicinskog fakulteta (Ministarstvo obrazovanja)



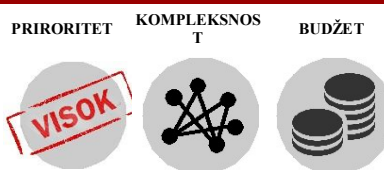
1-2

1

1

Program:	Utemeljenje univerzitetske bolnice	
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	
Opis projekta/Rezultat:	Ustrojen Medicinski fakultet u sklopu Univerziteta u Zenici unaprijedit će mogućnost regrutovanja i selekcije ljekara za potrebe ZDK. Rezultat ove mjere je ustrojen Medicinski fakultet u sklopu Univerziteta u Zenici.	
Potencijalni projekti:	U okviru ove mjere može se prepoznati veći broj (pod)projekata čijom realizacijom će se ustrojiti Medicinski fakultet sa svim potrebnim materijalnim, ljudskim i drugim resursima.	
Nosioci:	Vlada Kantona Ministarstvo obrazovanja	
Rok/ Vrijeme:	2015. – 2020.	Jednokratni projekat
Indikatori:	Ustrojen Medicinski fakultet Broj nastavnika Broj studenata Akreditacija fakulteta Kvalitet studija	
Izvori finansiranja:	Kantonalni budžet, uz mogućnost iznalaženja dodatnih izvora finansiranja, uključujući i opciju javno-privatnog partnerstva. Riječ je o projektu koji je u velikoj mjeri u nadležnosti i Ministarstva obrazovanja.	
Povezanost:	Preduslov za realizaciju mjere 3.1.3.	

3.1.2. Ustroj univerzitetske bolnice



Program:	Utemeljenje univerzitetske bolnice	1	1	1
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala			
Opis projekta/Rezultat:	Ustrojem univezitetske bolnice stvorit će se preduslovi za podizanje kvaliteta zdravstvenog sektora ZDK. Rezultat ove mjere je izrađen elaborat o ustroju Univerzitetske bolnice, ustrojena univerzitetska bolnica kroz prerastanje postojeće kantonalne bolnice u univerzitetsku bolnicu, te izrađen plan stručnog usavršavanja u funkciji ustroja i kontinuiranog funkcioniranja univerzitetske bolnice. Osnovni cilj stručnog usavršavanje jeste sticanje konkretnih znanja i vještina da bi se povećala efikasnost, unaprijedio kvalitet zdravstvene usluge i da bi se olakšao proces rada samih uposlenika zdravstvenog sektora.			
Potencijalni projekti:	Izrada elaborata o ustroju Univerzitetske bolnice Ustroj Univerzitetske bolnice Strategija razvoja Univerzitetske bolnice Plan stručnog usavršavanja			
Nosioci:	Vlada Kantona Ministarstvo zdravstva Kantonalna bolnica			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2018.	Jednokratan kompleksan projekat		
Indikatori:	Urađen elaborat o ustroju Univerzitetske bolnice Ustrojena univerzitetska bolnica sa setom indikatora univerzitetske bolnice Izrađena strategija razvoja Univerzitetske bolnice Plan stručno usavršavanja po svim potrebnim specijalističkim usmjerenjima za medicinsko osoblje Plan usavršavanja za nemedicinsko osoblje			
Izvori finansiranja:	Kantonalni budžet, uz mogućnost iznalaženja dodatnih izvora finansiranja, uključujući i opciju javno-privatnog partnerstva			
Povezanost:	Mjere koje prethode su mjere 3.1.1., 3.1.2. i 3.1.4.			

3.1.3. Istraživanje i primjena novih interventnih procedura

PRIORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
		
2	2	3

Program:	Utemeljenje univerzitetske bolnice	
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	
Opis projekta/Rezultat:	U okviru mogućnosti tretmana bolesnika stalno se razvijaju nove interventne procedure koje imaju bolje efekte i manje neželjenih posljedica. Kantonalna bolnica nije u mogućnosti sama razvijati nove procedure pa ih treba identificirati i implementirati. Nakon identifikacije procedure, potrebno je izraditi analizu izvodljivosti i opravdanosti primjene nove procedure u sadašnjoj kantonalnoj bolnici. Konačni ciljevi ove mjere su identificirane i implementirane interventne procedure u kantonalnoj bolnici.	
Potencijalni projekti:	Razvoj modela istraživanja i mogućnosti primjene novih interventnih procedura. Primjena nove interventne procedure uključujući nabavku opreme, trening osoblja i implementaciju (projekat za svaku proceduru).	
Nosioci:	Stručni tim Kantonalne bolnice	
Rok/ Vrijeme:	2016.	Jednokratno i kontinuirano
Indikatori:	Broj identificiranih procedura Procenat implementiranih procedura u odnosu na identificirane Broj pacijenata tretiranih novim procedurama	
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva Zavod zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi (Horizon 2020 i drugi)	
Povezanost:	Preduslov za ostvarenje mjera u okviru programa 5.1. i 5.4. unutar Strateškog cilja 5 (Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK)	

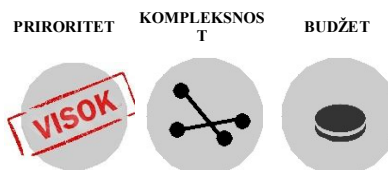
3.2.1.

Programi usavršavanja iz oblasti porodične medicine

PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
2	2	2

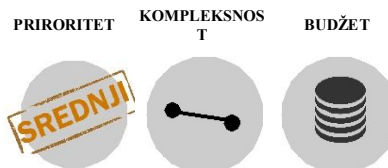
Program:	Program unapređenja stručnog usavršavanja	
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	
Opis projekta/Rezultat:	Kontinuirano usavršavanje i usvajanje novih znanja iz porodične medicine je jedini mogući način osiguranja potrebnog kvaliteta usluge u domenu porodične medicine. Kontinuirano unapređenje znanja i vještina je posebno važno u porodičnoj medicini. Rezultat ove mjere će biti ustrojeni program usavršavanja iz oblasti porodične medicine. Set programa.	
Potencijalni projekti:	Temeljni, startni projekat: utvrđivanje seta programa usavršavanja iz oblasti porodične medicine. U osnovi svaki program usavršavanja može se tretirati kao pojedinačni projekat.	
Nosioci:	Edukacioni centar porodične medicine Zenica Medicinski fakultet Zenica	
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano
Indikatori:	Broj programa, struktura programa (plan usavršavanja) Broj polaznika edukacije Stepen zadovoljstva edukacijom Budžet za svaki pojedinačni program	
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva	
Povezanost:	Preduslov za ostvarenje programa 5.4. (Program porodične medicine)	

3.2.2. Planiranje potreba za specijalizacijama i subspecijalizacijama



Program:	Program unapređenja stručnog usavršavanja		1	2	3
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala				
Opis projekta/Rezultat:	Cjelovita zdravstvena usluga na razini ZDK pretpostavlja odgovarajuću pokrivenost svih specijalističkih i subspecijalističkih medicinskih zanimanja, tako da je plan potreba ove vrste jedan od ključnih aktivnosti. Racionalno ulaganje u stručno usavršavanje predstavlja preduslov uspješnog funkcionisanja zdravstvenog sistema. Zbog toga je neophodno studiozno planirati specijalističko i subspecijalističko usavršavanje. Rezultat ove mjere je u ustrojen plan potreba za specijalizacijama i subspecijalizacijama.				
Potencijalni projekti:	Iako se data mjera može tretirati kao jedan projekat, istovremeno i plan za svaku specijalizaciju i subspecijalizaciju može biti tretirana kao zaseban (pod)projekat.				
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Zavod za javno zdravstvo Ljekarska komora				
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano			
Indikatori:	Plan potreba Uspostavljen registar ljekara Usaglašenost plana i stvarnih potreba Broj educiranih polaznika				
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva				
Povezanost:	Sa svim mjerama vezanim za kvalitet i kontinuiranu edukaciju zdravstvenog osoblja				

3.2.3. Kontinuirana medicinska edukacija (CME)



Program:	Program unapređenja stručnog usavršavanja	
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	
Opis projekta/Rezultat:	Kontinuirana medicinska edukacija ima za cilj sticanje konkretnih znanja i vještina da bi se unaprijedio kvalitet zdravstvene usluge i da bi se olakšao proces rada samih uposlenika zdravstvenog sektora. Rezultat ove mjere je ustrojena kontinuirana medicinska edukacija posebno u područjima u kojima ZDK želi biti prepoznatljiv (Strateški cilj 5).	
Potencijalni projekti:	Temeljni, startni projekat je cjelovit plan edukacije. Iako se data mjera može tretirati kao jedinstven projekat istovremeno svaki vid edukacije u osnovi predstavlja zaseban (pod)projekat.	
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Ljekarska komora Sestrinska komora	
Rok/ Vrijeme:	2016.	Kontinuirano
Indikatori:	Broj medicinskih edukacija Broj polaznika edukacije Kvalitet edukacije Zadovoljstvo polaznika Iznos utrošenih sredstava za CME	
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva Zdravstvene ustanove Komore	
Povezanost:	Sa svim mjerama vezanim za kvalitet i kontinuiranu edukaciju zdravstvenog osoblja	

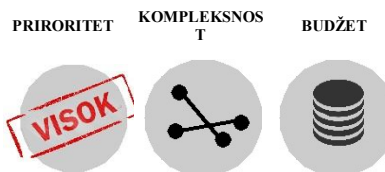
3.2.4. Trening kadra za palijativnu njegu		PRIORITET 	KOMPLEKSNOŠT 	BUDŽET 
Program: Strateški cilj:	Program unapređenja stručnog usavršavanja Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala		2	3
Opis projekta/ Rezultat:	Provođenje palijativne njege, kao multidisciplinarne djelatnosti, zahtijeva osposobljenost svih aktera. Zbog toga je neophodno provoditi kontinuiran trening. Rezultat ove mjere je razvijen <i>curriculum</i> i provedeni treninzi za palijativnu njegu			
Potencijalni projekti:	Razvijanje <i>curriculum</i> a Trening timova porodične medicine za palijativnu njegu Trening bolničkih timova za palijativnu njegu Trening članova porodica onkoloških bolesnika za palijativnu njegu Trening članova NVO za palijativnu njegu Trening za timski rad Evaluacija znanja i vještina u primjeni			
Nosioci:	Stručni tim imenovan od Ministra zdravstva			
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	Kontinuirano		
Indikatori:	Curriculum (kvalitet curriculum) Broj timova porodične medicine obuhvaćenih treningom Broj bolničkih timova obuhvaćenih treningom Procenat onkoloških bolesnika čiji članovi porodice su obuhvaćeni treningom Broj članova NVO obuhvaćenih treningom			
Izvori finansiranja:	Fond zdravstvenog osiguranja Budžet ZDK Budžeti općina (za finansiranje rada NVO) EU fondovi			
Povezanost:	Povezano sa nizom mjera u okviru programa 5.3.			

3.3.1. Razvoj indikatora uspješnosti

PRIORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
		
1	2	3

Program:	Program unapređenja upravljačko-menadžerskih znanja i vještina	
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala	
Opis projekta/Rezultat:	Ovaj projekat ima za cilj ustrojiti set indikatora uspješnosti svih zdravstvenih institucija i svih vidova zdravstvenih ustanova u ZDK. Rezultat projekta je ustroj seta pokazatelja baziranih na logici <i>Balanced Scorecard-a</i> (BSC koncept), odnosno seta pokazatelja za svaku perspektivu ovog menadžerskog alata (učenje i rast; interni procesi; zadovoljstvo klijenata; finansije), što bi u konačnici značilo 12-15 pokazatelja za svaku zdravstvenu instituciju ili ustanovu.	
Potencijalni projekti:	Za svaku vrstu zdravstvene institucije i svaku vrstu zdravstvene ustanove trebalo bi utvrditi set pokazatelja baziranih na logici BSC-a, s tim da bi se za svaku pojedinačnu instituciju i ustanovu utvrdile (brojčane) vrijednosti za svaki pokazatelj. U tom kontekstu posmatrano riječ je o većem broju međusobno uslovljenih (pod)projekata.	
Nosioci:	Ekspertni tim i svaka pojedinačna zdravstvena ustanova	
Rok/ Vrijeme:	2017. - 2020.	Kontinuirano
Indikatori:	BSC koncepti za svaku vrstu zdravstvene institucije i zdravstvene ustanove	
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva i svaka pojedinačna zdravstvena ustanova	
Poveznost:	Sa svim mjerama u okviru ovog programa	

3.3.2. Unapređenje menadžerskih vještina



Program:	Program unapređenja upravljačko-menadžerskih znanja i vještina		1	2	2
Strateški cilj:	Jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala				
Opis projekta/Rezultat:	Menadžerske vještine moraju se unapređivati na kontinuiranoj osnovi kroz stalnu menadžersku edukaciju. Rezultat ove mjere je osmišljeni program kontinuirane edukacije zdravstvenih menadžera u saradnji sa referentnom obrazovnom institucijom.				
Potencijalni projekti:	Projekat cjelovitog programa kontinuirane medicinske edukacije ima status temeljno, startnog projekta, s tim da se i svaki edukacijski program može tretirati kao zaseban (pod)projekat Projekat kontinuirane edukacije menadžera u zdravstvu				
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva				
Rok/ Vrijeme:	2016.	Jednokratno uz stalnu nadogradnju			
Indikatori:	Broj edukacija Broj sati edukacije Kvalitet eduakcijskih programa Zadovoljstvo polaznika Broj zdravstvenih menadžera koji su pohađali edukaciju				
Izvori finansiranja:	Ministarstvo zdravstva				
Poveznost:	Direktna povezanost sa mjerom 3.3.2.				

4.

Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga

4.1. Analiza zdravstvenih potreba

4.2. Osiguranje dostupnosti

4.1.1. Istraživanje (anketiranje građana) o zadovoljstvu i dostupnosti zdravstvenih usluga		PRIORITET  1	KOMPLEKSNOST  3	BUDŽET  3
Program:	Analiza zdravstvenih potreba			
Strateški cilj:	Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Dostupnost i zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom je višedimenzionalan problem. Procjena zadovoljstva korisnika je jedan od osnovnih elemenata unapređenja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova i preduslov kvalitetne zaštite, a predstavlja mjeru stava pacijenta prema ljekaru, sistemu zdravstvene zaštite i dobijene medicinske njege. Dostupnost predstavlja raspored zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika na nekom području koji omogućavaju građanima podjednake uslove zdravstvene zaštite i dobijanje potrebnih zdravstvenih usluga. Rezultat ove mjere je razvijen i uspostavljen sistem istraživanja zadovoljstva i dostupnosti zdravstvenih usluga			
Potencijalni projekti:	Razvoj modela istraživanja (2016.) Razvoj indikatora dostupnosti (2016.) Uspostava sistema periodičnog populacionog istraživanja (2017.)			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa NVO oboljelih			
Rok/ Vrijeme:	2017. – 2017.	Kontinuirano		
Indikatori:	Broj anketiranih građana Prosječna ocjena dostupnosti zdravstvenih usluga Prosječna ocjena zadovoljstva zdravstvenom zaštitom Broj indikatora dostupnosti			
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja			
Povezanost:	Povezanost sa mjerom 4.1.2.			

4.1.2. Procjena zdravstvenih potreba i zahtjeva

PRIORITET	KOMPLEKSNO S	BUDŽET
		
1	1	3

Program:	Analiza zdravstvenih potreba	
Strateški cilj:	Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom predstavljaju količinu i vrstu zdravstvenih usluga koje zahtjeva pojedinac ili cijela populacija. Potrebe su zdravstvene usluge koje bi trebalo pružiti radi unapređenja zdravlja, specifične prevencije i ranog otkrivanja bolesti. Ljudi uvijek ne trebaju sve ono što žele, a sve potrebe za zdravstvenom zaštitom nisu jednako važne. Koncept zdravlja stoga predstavlja odgovarajući standard za određivanje potreba za zdravstvenom zaštitom. Rezultat ove mjere: Razvijena i primijenjena metodologija procjene zdravstvenih potreba (<i>eng. Health needs assessment</i>)	
Potencijalni projekti:	Razvoj metodologije procjene zdravstvenih potreba (2017.) Periodične procjene zdravstvenih potreba (Kontinuirano – periodično)	
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo u saradnji sa Medicinskim fakultetom, ekspertni tim	
Rok/ Vrijeme:	2017.	Kontinuirano
Indikatori:	Razvijena metodologija procjene zdravstvenih potreba Primjenjena metodologija	
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva (Budžet ZDK) Međunarodni fondovi (Horizon 2020 i drugi)	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

4.1.3. Izrada programa zdravstvene zaštite u skladu sa procijenjenim zdravstvenim potrebama		PRIORITET  1	KOMPLEKSNOŠT  2	BUDŽET  3
Program: Strateški cilj:	Analiza zdravstvenih potreba Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga			
Opis mjere/ Rezultat:	Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja skup zdravstvenih usluga i programa utvrđenih po sadržaju i obimu po nivoima i djelatnostima zdravstvene zaštite u cilju očuvanje i unapređenja, sprečavanja bolesti i liječenja na određenom području. Rezultat ove mjere je razvijena i uspostavljena metodologija izrade programa zdravstvene zaštite u skladu sa procijenjenim zdravstvenim potrebama.			
Potencijalni projekti:	Razvoj metodologije izrade programa zdravstvene zaštite (2017.) Kontinuirana izrada programa zdravstvene zaštite			
Nosioci:	Kantonalni zavod za javno zdravstvo Ministarstvo zdravstva			
Rok/ Vrijeme:	2017.	Kontinuirano		
Indikatori:	Razvijena metodologija izrade programa zdravstvene zaštite prema zdravstvenim potrebama. Stepen usklađenosti programa sa zdravstvenim potrebama.			
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja			
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.			

4.2.1. Evaluacija dostupnosti zdravstvenih usluga i tehnologija u skladu sa procijenjenim potrebama

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
3	3	3

Program:	Osiguranje dostupnosti	
Strateški cilj:	Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga	
Opis mjere/Rezultat:	Dostupnost predstavlja raspored zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika na nekom području koji omogućavaju građanima podjednake uslove zdravstvene zaštite i dobijanje potrebnih zdravstvenih usluga. Racionalna mreža zdravstvenih kapaciteta koja može zadovoljiti zdravstvene potrebe je cilj optimizacije zdravstvenog sistema. Rezultat ove mjere su zdravstvene usluge i zdravstvene tehnologije dostupne u skladu sa procijenjenim potrebama.	
Potencijalni projekti:	Izrada metodologije (2018.) Periodično istraživanje dostupnosti (kontinuirano)	
Nosioci:	Ekspertni tim Ministarstvo zdravstva Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zdravstvene ustanove	
Rok/ Vrijeme:	2018.	Kontinuirano
Indikatori:	Stepen zadovoljenja procijenjenih zdravstvenih potreba Stepen dostupnosti zdravstvenih usluga prema procijenjenim potrebama	
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Međunarodni fondovi	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

4.2.2. Osiguranje odgovarajuće teritorijalne pokrivenosti porodičnom medicinom

PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
		
1	2	1

Program:	Osiguranje dostupnosti	
Strateški cilj:	Primjeren stepen dostupnosti zdravstvenih usluga	
Opis mjere/ Rezultat:	Značajan dio prostora Kantona predstavlja razučeno brdovito-planinsko područje koje je rijetko nastanjeno. Stanovništvo u rijetko naseljenom području Kantona također ima pravo na dostupnost usluga timova porodične medicine. Rezultat ove mjere je: Osigurana dostupnost timova porodične medicine tako da svaki građanin može do ambulate doći u prihvatljivom vremenskom periodu, te da ima dostupne terenske usluge timova porodične medicine	
Potencijalni projekti:	Izrada mreže porodične medicine (2016. – 2017.) Izrada Plana implementacije porodične medicine na području ZDK (popunjavanje mreže u vremenskom periodu) (2017.) Realizacija Plana implementacije porodične medicine (2017. – 2020.)	
Nosioci:	Ministarstvo zdravstva Fond zdravstvenog osiguranja Kantonalni zavod za javno zdravstvo Domovi zdravlja	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	
Indikatori:	Broj stanovnika po punktu porodične medicine Broj stanovnika po timu porodične medicine Prosječna udaljenost ambulate (metara) Prosječno vrijeme potrebno za doći do ambulate prema vrsti prevoza	
Izvori finansiranje	Fond zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva (Budžet ZDK) Općine i Grad Zenica Domovi zdravlja Međunarodni fondovi	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

5.

Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK

- 5.1. Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata
- 5.2. Program eksplantacija organa
- 5.3. Palijativna njega
- 5.4. Porodična medicina

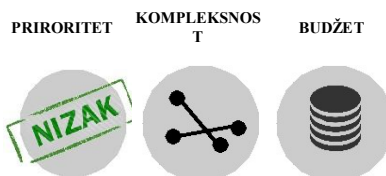
5.1.1. Ustroj modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
1	1	1

Program:	Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata	
Strateški cilj:	Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK	
Opis mjere/Rezultat:	Onkološki bolesnici čine sve veći udio u hospitaliziranim bolesnicima, a načini liječenja iziskuju povezanost velikog broja službi i disciplina. Rezultat mjere uspostavljen funkcionalan model integrisanog pristupa onkološkom bolesniku. To uključuje integraciju djelovanja svih odjela i službi u bolnici (<i>dijagnostika, internistička onkologija, radioterapija, onkološka hirurgija</i>). Radi se o funkcionalnom modelu po različitim vrstama onkoloških oboljenja i modelima dijagnostike i terapije.	
Potencijalni projekti:	Dizajniranje funkcionalnog modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku Opremanja KB/UB Zenica za potrebe ovog modela Implementacija funkcionalnih modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku	
Nosioci:	Menadžment Kantonalne/Univerzitetske bolnice sa posebnim projektnim timom.	
Rok/ Vrijeme:	2016. – 2020.	
Indikatori:	Broj obuhvaćenih službi ili odjela u KB Zenica ovim modelom (praćenje stepena integrisanosti) Broj obuhvaćenih zdravstvenih profesionalaca Broj onkoloških bolesnika izvan ZDK obuhvaćenih ovom podrškom	
Izvori finansiranje	Budžet KB Zenica Budžet ZDK EU fond HORIZON 2020 Privatno-javno partnerstvo	
Povezanost:	Povezano sa mjerom 5.1.2.	

5.1.2. Istraživanje i primjena novih onkoloških interventnih procedura		PRIORITET	KOMPLEKSNOŠT	BUDŽET
				
Program: Strateški cilj:	Program integrisanog pristupa tretmanu onkoloških pacijenata Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK	2	2	2
Opis mjere/ Rezultat:	U okviru mogućnosti tretmana onkoloških bolesnika stalno se razvijaju nove interventne procedure koje imaju bolje efekte i manje neželjenih posljedica. Kantonalna bolnica nije u mogućnosti sama razvijati nove procedure pa ih treba identificirati i implementirati. Nakon identifikacije procedure, potrebno je izraditi analizu izvodljivosti i opravdanosti primjene nove procedure u Kantonalnoj bolnici. Konačni ciljevi ove mjere su identificirane i implementirane interventne procedure u Kantonalnoj bolnici.			
Potencijalni projekti:	Razvoj modela istraživanja i mogućnosti primjene novih onkoloških procedura Primjena nove onkološke procedure uključujući nabavku opreme, trening osoblja i implementaciju (projekat za svaku proceduru)			
Nosioci:	Stručni tim za razvoj onkoloških procedura			
Rok/ Vrijeme:	2018. - 2025.	Kontinuirano		
Indikatori:	Broj identificiranih procedura Procenat implementiranih procedura u odnosu na identificirane Broj pacijenata tretiranih novim procedurama Procenat pacijenata tretiranih novim procedurama u odnosu na ukupan broj tretiranih			
Izvori finansiranje	Budžet Univerzitetske bolnice Zenica Budžet ZDK EU fond HORIZON Privatno-javno partnerstvo			
Povezanost:	Povezano sa mjerom 3.1.5. i mjerom 5.1.1.			

5.2.1. Razvoj sistema za eksplantaciju organa



3

2

2

Program:	Program eksplantacija organa	
Strateški cilj:	Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK	
Opis mjere/Rezultat:	Eksplantacija je čin koji omogućuje spašavanje nekoliko života nakon što se jedan ugasi. Sama eksplantacija podrazumijeva uzimanje organa kao što su rožnice, srce, pluća, bubrezi, jetra, gušterača i drugih organa kod osoba koje su moždano mrtve i kod kojih se vitalne funkcije (rad srca i pluća) održavaju aparatima. Eksplantacija organa sa kadavera je složen postupak koji zahtijeva uspostavljen sistem. Rezultat ove mjere je razvijen sistem i formirani timovi za eksplantaciju organa.	
Potencijalni projekti:	Dizajn sistema za eksplantaciju organa sa umrlih Obuka osoblja za eksplantaciju	
Nosioci:	Menadžment KB Zenica Stručni tim za eksplantacije	
Rok/ Vrijeme:	2016. - 2018.	
Indikatori:	Broj eksplantacionih postupaka Broj eksplantiranih organa Procenat uspješnih eksplantacija (transplantiranih organa)	
Izvori finansiranje	Federalni zavod zdravstvenog osiguranja FBiH	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

5.2.2. Razvijanje donorske mreže

PRIORITET	KOMPLEKSNOST	BUDŽET
		
3	2	3

Program:	Program eksplantacija organa	
Strateški cilj:	Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK	
Opis mjere/ Rezultat:	Transplantacija je u svijetu odavno široko prihvaćena metoda liječenja oboljenja, ali i povreda mnogih organa. Ona podrazumijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje ne samo medicinske (<i>hiruške, anesteziološke, imunološke, farmakološke, psihološke, neurološke, psihijatrijske...</i>), već i etičke, socijalne, filozofske pa i religiozne aspekte. Donorska mreža je osnovna potpora razvoja kadaverične transplantacijske medicine u svim zemljama, kako u stručnom dijelu tako i u odnosu direktnom i kontaktu sa javnosti, te kontaktu sa svim vladinim i nevladinim organizacijama i drugim institucijama sa jedinstvenim ciljem efikasnog organizovanja i sprovođenja kadaverične transplantacijske medicine. Sadržaj ove mjere je promocija postmortalnog darivanja organa radi presađivanja, edukacija zdravstvenih profesionalaca i bolničkog osoblja na području eksplantacije, poznavanje dijagnostike moždane smrti, tretman donora organa, edukacija transplantacijskih koordinatora, organizacija prikupljanja organa i promocija transplantacijske medicine općenito. Rezultat ove mjere je: Osnovana NVO donorska mreža i razvijena donorska mreža za kadaverične eksplantacije.	
Potencijalni projekti:	Promocija donorstva organa Dizajn socijalnog marketinga Dizajn kampanja u različitim formatima (<i>TV emisije, promotivni spotovi, leci i brošure, panel diskusije, javni forumi i drugo</i>) sa terminskim planom implementacije pojedinih kampanja. Organizovanje stručnih sastanaka i rasprava, seminara, simpozijuma, kongresa. Uspostavljanje saradnje i kontakata sa programima doniranja organa u drugim područjima BIH i drugim zemljama. Provođenje pojedinačnih kampanja.	
Nosioci:	Stručni tim za razvoj donorske mreže u saradnji sa Federalnim centrom za transplanatcije	
Rok/ Vrijeme:	2018. – 2025.	
Indikatori:	Broj lica donora organa u mreži Broj stručnih skupova na ovu temu Broj kampanja Broj građana obuhvaćenih kampanjom Stepen razumijevanja poruke Stepen uspješnosti kampanje kroz povećanje broja članova donorske mreže	
Izvori finansiranje	Zavod zdravstvenog osiguranja Ministarstvo zdravstva Međunarodni fondovi (posebno Horizon 2020.) Zavod zdravstvenog osiguranja FBIH	
Povezanost:	Ne postoji uzročno-posljedična povezanost.	

5.3.**Pregled mjera iz oblasti porodične medicine koje će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti zdravstvenog sektora ZDK**

Program:	Porodična medicina
Strateški cilj:	Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK
2.1.3.	Akreditacija domova zdravlja (<i>Mjera 2.1.3.</i>)
2.1.4.	Akreditacija timova porodične medicine (<i>Mjera 2.1.4.</i>)
2.2.1.	Uspostavljanje pojedinačnog ugovaranja u porodičnoj medicini (<i>Mjera 2.2.1.</i>)
2.2.2.	Uspostavljanje poticajnog sistema materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja (<i>Mjera 2.2.2.</i>)
2.3.1.	Modeliranje organizacije doma zdravlja (<i>Mjera 2.3.1.</i>)
2.3.2.	Uspostavljanje modaliteta saradnje između javnog i privatnog sektora (<i>Mjera 2.3.2.</i>)
3.2.1.	Programi usavršavanja iz oblasti porodične medicine (<i>Mjera 3.2.1.</i>)
4.2.2.	Osiguranje odgovarajuće teritorijalne pokrivenosti porodičnom medicinom (<i>Mjera 4.2.2.</i>)
	...

5.4.**Pregled mjera iz oblasti palijativne njege koje će doprinijeti distinktivnoj prepoznatljivosti zdravstvenog sektora ZDK**

Program:	Palijativna njega
Strateški cilj:	Distinktivna prepoznatljivost zdravstvenog sektora ZDK
2.3.3.	Vanbolnička podrška za onkološke bolesnike (<i>Mjera 2.3.3.)</i>
2.3.4.	Razvoj sistema vanbolničke palijativne njege (<i>Mjera 2.3.4.)</i>
2.3.4.	Razvoj sistema bolničke palijativne njege (<i>Mjera 2.3.5.)</i>
3.2.4.	Trening kadra za palijativnu njegu (<i>Mjera 3.2.4.)</i>
5.1.1.	Ustroj modela integrisanog pristupa onkološkom bolesniku (<i>Mjera 5.1.1.)</i>
	...

5.

Implementacija, monitoring i evaluacija

5. IMPLEMENTACIJA, MONITORING I EVALUACIJA

Pregled strateških ciljeva, programa/ prioriteta/ ciljeva sa setom mjera/ aktivnosti, te definirani prioriteti, rokovi, nosioci i indikatori za svaku pojedinačnu mjeru ima karakter bazičnog Akcionog plana i temeljne platforme, polaznog dokumenta za implementaciju strategije.

Iako aspekt implementacije strategije nije predmet Projektnog zadatka, ukratko ćemo naznačiti na koji bi se način trebalo pristupiti (1) implementaciji, (2) monitoringu, i (3) evaluaciji Strategije u narednom desetogodišnjem periodu, vremenskom horizontu ove Strategije. Time samo želimo ukazati na dobro znanu činjenicu da je loše provedena implementacija strategije korak zbog kojeg najveći broj strategije i ostaje nedorečen. Stoga se, procesu implementacije, monitoringa i evaluaciji Strategije mora pristupiti sa posebnom pažnjom.

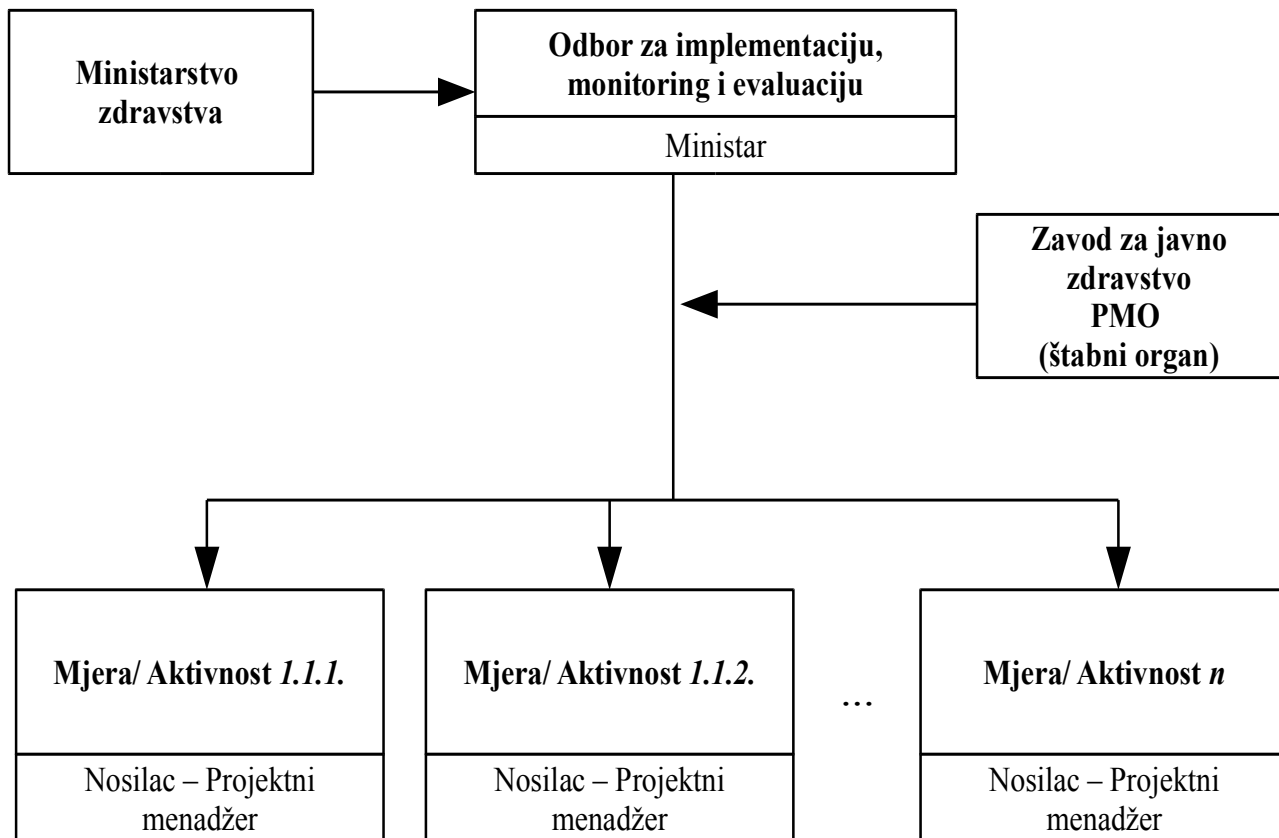
Proces implementacije, monitoringa i evaluacije Strategije razvoja zdravstva ZDK može se organizaciono ustrojiti na različite načine. Mišljenja smo da bi bilo uputno na nivou kantonalnog Ministarstva zdravstva ustrojiti zaseban organ, zasebno tijelo, čiji će zadatak biti upravo implementacija, monitoring i evaluacija Strategije. Ne ulazeći u mogući naziv organa ili tijela za implementaciju, monitoring i evaluaciju Strategije, naznačit će se moguća struktura, sastav tog organa, organizaciona pozicija takvog organa u sektoru zdravstva ZDK, te će se okvirno mapirati njegov djelokrug i način rada.

Odbor za implementaciju, monitoring i evaluaciju Strategije razvoja zdravstva ZDK (mogući naziv u daljem tekstu Odbor) trebao bi imati status štabnog organa kantonalnog Ministarstva zdravstva. Rad Odbora koordinirao bi ministar zdravstva, a članovi Odbora pored ministra zdravstva bili bi direktori kantonalnih zavoda, te menadžeri određenog broja zdravstvenih ustanova, uključujući i najmanje jednog menadžera veće privatne zdravstvene ustanove. Odbor ne bi trebao imati više od sedam do osam stalnih članova. Odbor bi funkcionirao u formi sastanka koji bi se redovno održavao najmanje jedanput mjesečno i na kojem bi se raspravljalo isključivo o pitanjima vezanim za implementaciju strategije kroz stvaranje pretpostavki za realizaciju pojedinih mjera. Stručnu podršku Odboru pružao bi Kantonalni zavod za javno zdravstvo koji bi, izrečeno terminologijom projektnog menadžmenta, imao status tzv. PMO-a (*engl. Project Management Office*) kao štabnog organa.

5.1. Implementacija strategije (ključne aktivnosti)

Prisjetimo se, "... održiva (razvojna) strategija može biti upoređena sa generalnom mapom koja (prostorno) prikazuje 'obećavajuća mjesta' bez potrebe da se u samoj strategiji precizno definiše kako doći do 'obećavajućih mjesta'". (*Welfare for the Future: Ireland's National Strategy for Sustainable Development 2002-2020, str. 10*). Akcioni plan kao output Strategije upravo ima ulogu generalne mape koju je sada potrebno u potpunosti operacionalizirati, precizno definirati "... kako doći do 'obećavajućih mjesta'" (*Isto, str. 10*).

U tom kontekstu posmatrano potrebno je nakon usvajanja Strategije, odnosno nakon usvajanja Akcionog plana od strane Vlade ZDK, formirati Odbor i definisati djelokrug i način njegovog rada, pozicionirajući Odbor kao neku vrstu Projektnog vijeća. Uloga Odbora, kao što je već i naznačeno, bila bi da utvrdi kojim redoslijedom pristupiti realizaciji pojedinih mjera uz stručnu pomoć Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo, kao štabnog organa, a polazeći od Akcionog plana, stepena prioriteta i uzročno-posljedične povezanosti pojedinih mjera. Nakon toga, za svaku odabranu mjeru bilo bi potrebno utvrditi nosioca mjere, odgovorno lice za realizaciju odabrane mjere. Primjenom ranije spominjane PMBOK-ove metodologije projektnog menadžmenta, zadatak nosioca ili odgovornog lica, kao neke vrste projekt-menadžera, bila bi da sačini plan mjere (*tzv. baseline mjere*), precizno definiše očekivani rezultat (*željeno stanje*), plan aktivnosti koje je potrebno realizirati (*tzv. Work Breakdown Structure*), vremenski okvir (*terminski plan*), potrebni budžet i načine osiguranja potrebnih finansijskih sredstava. Na osnovu predloženog plana mjere, Odbor bi donio odluku o realizaciji svake pojedinačne mjere i preko odgovornog lica koordinirao i nadzirao sve aktivnosti vezane za realizaciju odabranih i odobrenih mjera (*Slika 5.1.*)



Slika 5.1. Implementacija Strategije razvoja zdravstva ZDK

Detaljno razrađeni Akcioni plan, sa prethodno opisanim načinom operacionilizacije mjera, imao bi status operabilnog vodiča, status scenarija. Kroz realizaciju pojedinih mjera, korak po korak, stvarat će se preduslovi za sklapanje cjelokupnog mozaika, velike slike, odnosno preduslovi za postupno i osmišljeno dosezanje pojedinih programa, strateških ciljeva i, u dugom roku, vizije zdravstva ZDK.

5.2. Monitoring (ključne aktivnosti)

Sam monitoring sastoji se od (1) monitoringa načina odvijanja aktivnosti (monitoring procesa), rezultata i efekata, te od (2) monitoringa napretka.

Monitoring aktivnosti, odnosno monitoring procesa, odnosi se na praćenje vremenske dinamike realizacije mjera, odnosno aktivnosti i projekata predviđenih samim Akcionim planom. U potpunosti razvijen Akcioni plan definira sve potrebne kontrolne parametre za ovu vrstu monitoringa.

Da bi se mogao obavljati monitoring rezultata i efekata na odgovarajući način potrebno je ustrojiti set indikatora (indikator kao standard kontrole) za svaku mjeru, te set indikatora za svaki strateški cilj (ne više od deset indikatora generičkog karaktera). U priloženom Akcionom planu naznačeni su indikatori za svaku mjeru, s tim da nosilac svake mjere kroz tzv. *baseline* mjere treba dodatno razraditi indikatore koje bi kroz usvajanje *baseline* projekta verificirao i sam Odbor.

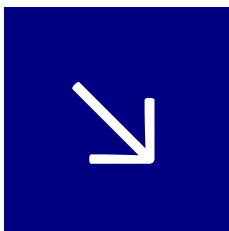
Da bi se mogao ostvariti monitoring napretka u definiranom vremenskom okviru potrebno je za svaki indikator utvrditi "željeno stanje" kroz vremensku dimenziju. Na takav način sagledavao bi se ostvareni napredak vezan za pojedinačne mjere Akcionog plana.

Sve zdravstvene institucije na Kantonu će u redovnim godišnjim izvještajima navoditi način i stepen provedbe mjera iz ove Strategije za koje su bile odgovorne.

5.3. Evaluacija (ključne aktivnosti)

Evaluaciju Strategije, po logici stvari, obavlja Vlada Kantona na bazi redovnih polugodišnjih izvještaja koje Vladi dostavlja Odbor. Dati izvještaji na metodološki konzistentan način prezentirali bi rezultate svih vidova monitoringa, uz ocjenu vezanu za stepen sprovedenosti Strategije.

Po potrebi, Vlada Kantona bi poduzimala odgovarajuće korektivne akcije



Okvirni spisak korištenih izvora

OKVIRNI SPISAK KORIŠTENIH IZVORA

- Babić, M. (2015). **Medicinari odlaze u Njemačku**. Oslobođenje. Izvor: <http://www.oslobodjenje.ba/vijesti/bih/medicinari-odlaze-u-njemacku> [datum pristupa: 28. 04. 2015. godine]
- Collins C.J., Porras I.J. (1991). **Organizational Vision and Visionary Organization**. California Management Review, Fall, str. 30 – 53
- CCI (2008). **Zdravstvo i korupcija – stanje i preporuke za poboljšanje stanja**. Centar civilnih inicijativa (CCI). Izvor: <http://www.cci.ba/download/docs/Korupucija+u+zdravstvu+-+istra%C5%BEivanje.pdf/0f54411c702c165a6e78e8885e3942d9> [datum pristupa: 17. maja 2015.]
- Datz, T. (2015). **Harvard's Healthy Eating Plate now available in 15 languages**. Izvor: <http://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/harvards-healthy-eating-plate-now-available-in-15-languages-3/> [datum pristupa: 28. 04. 2015. godine]
- Federalni zavod za programiranje razvoja (2014). **Makroekonomski pokazatelji po kantonima za 2013. godinu**. Izvor: <http://www.fzzpr.gov.ba/download/doc/Makroekonomski+pokazatelji+po+kantonima+2013+-+29.05.FINALNI.pdf/ed5924d8c320ba73f5fe641d0bb340a3.pdf> [Datum pristupa: 13. 03. 2015. godine]
- Federalni zavod za statistiku (2014). **Zaposlenost, nezaposlenost i plaće u Federaciji Bosne i Hercegovine**. Izvor: http://www.fzs.ba/god_bilteni/BiltenZaposlenost202.pdf. [Datum pristupa: 02. 02. 2015. godine]
- FMZ (2005). **Strategija za razvoj primarne zdravstvene zaštite**. Dostupno na http://www.fmoh.gov.ba/images/federalno_ministarstvo_zdravstva/zakoni_i_strategije/strategije_i_politike/dokumenti/strategija_razvoja_PZZ.pdf [Datum pristupa: 3. april 2015. godine]
- FMZ (2008). **Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u periodu od 2008. do 2018. godine**. Dostupno na: http://www.fmoh.gov.ba/images/federalno_ministarstvo_zdravstva/zakoni_i_strategije/strategije_i_politike/dokumenti/usvojeni_strateski_plan_1_.pdf [Datum pristupa: 3. april 2015. godine]
- Hrbač, B., Huseinagić, S. (2009). **Politika i strategija privatizacije u zdravstvu FBiH: Privatna praksa ili privatno vlasništvo?** Bilten ljekarske komore, broj 12. Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona
- Hrbač, B., Lugonja, M., Bošnjak, R. (2013). **Zdravstvena ekonomika**. Udžbenici Sveučilišta u Mostaru. Mostar
- Mintzberg H. (1994a). **The Rise and Fall of Strategic Planning**, The Free Press
- Mintzberg H. (1994b). **The Fall and Rise of Strategic Planning**, Harvard Busienss Review, January-February, 107-114
- Vlada ZDK (2014). **Revizija integrirane strategije razvoja ZE-DO kantona za period 2016. – 2020**, socio-ekonomska analiza (prednacrt / radna verzija 2: 01.12.2014.). Dostupno na <http://zdk.ba/prikazi/item/3346-revizija-strategije-razvoja-zenicko-dobojskog-kantona-za-period-2016-2020-socio-ekonomska-analiza-i-strateska-platforma> [datum pristupa: 4. april 2015,
- Spasojević, N. (2014). **Zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom zaštitom u području Zeničko-dobojske županije**. Doktorska disertacija. Sveučilište u Mostaru. Medicinski fakultet.
- Šunje, A. (2008). **Top menadžer – vizionar i strateg**. Treće izdanje. Tirada d.o.o., Sarajevo

Šunje, A., Čaušević, E., Ahmetpahić, E., Cero, E., Hodžić, S. (2010). **Strategija razvoja Zeničko-dobojskog kantona za period 2010-2020.** Forma d.o.o. Sarajevo

Podaci i izvještaji Kantonalnog zavoda za javno zdravstvo Zenica

Zaključak broj 01-100-22-316/15 sjednice Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja

OGLASNI DIO

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZENIČKO-DOBOJSKI KANTON
OPĆINSKI SUD U KAKNJU

Broj: 36 0 P 031907 15 P
Kakanj, 26.05.2015. godine

O G L A S

Pred Općinskim sudom u Kaknju, sudija Mirela Omanović, u toku je postupak u pravnoj stvari tužitelja, Pavlović Jozo iz Kaknja, Kraljeva Sutjeska, zastupan po advokatu Spahić Ejubu iz Kaknja, protiv tuženih: 1.Pavlović Ana, 2. Maračić (Marjan) Ana, 1 3.Maračić (Marjan) Šimo, 4.Maračić (Marjan) Marjan, 5. Maračić (Marjan) Marko, svi nepoznatog tačnog prebivališta i boravišta, radi utvrđivanja vlasništva i upisa u zemljišne knjige, vrijednost spora 1.500,00 KM.

Rješenjem broj 36 0 P 031907 15 P od 15.004.2015. godine tuženim: 1.Pavlović Ana, 2. Maračić (Marjan) Ana, 1 3.Maračić (Marjan) Šimo, 4.Maračić (Marjan) Marjan, 5. Maračić (Marjan) Marko, u ovom postupku sud je postavio privremenog zastupnika u osobi Mesud Obralića, advokat iz Kaknja, na osnovu člana 296. stav (2) tačka 4. Zakona o parničnom postupku FBiH (Službene novine FBiH broj 53/03, 73/05 i 19/06), jer je boravište tuženih nepoznato, a nemaju punomoćnika i redovan postupak oko postavljanja zakonskog zastupnika tuženim bi dugo trajao, pa bi za stranke mogle nastati štetne posljedice

Postavljeni privremeni zastupnik zastupat će tužene u postupku sve dok se tuženi ili njihov punomoćnik ne pojave pred sudom, odnosno sve dok organ starateljstva ne obavijesti sud da je postavio staratelja.

Oglas će se objaviti u Službenim novinama FBiH, Službenim novinama ZDK i oglasnoj ploči suda.

Sudija

Mirela Omanović, s.r.

.....

SADRŽAJ**USTAVNI SUD**

310. PRESUDA Broj: U-82/14 (Bosanski jezik)	639
310. PRESUDA Broj: U-82/14 (Srpski jezik)	646

SKUPŠTINA

311. Odluka o usvajanju Strategije razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona 2016 – 2025. godina	654
- Strategija razvoja zdravstva Zeničko-dobojskog kantona 2016 – 2025. godina	655

OGLASNI DIO	782
--------------------------	-----

Izdavač: Zeničko-dobojski kanton, ul. Kučukovići br. 2, Zenica

Glavni i odgovorni urednik: Berjana Ačkar, **Telefon:** 032/460-675

Redakcija i pretplata: 032/460-676; **Štampa:** „PETICA“ Zenica, **Telefon:** 062/211-347
pretplata se vrši u korist depozitnog računa Zeničko-dobojskog kantona broj 1340100000001672
otvorenog kod IKB d.d. Zenica.