



AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH
Agency for Healthcare Quality and Accreditation of FB&H

**Modeli stimulativnog finansiranja zdravstvenih ustanova i
timova obiteljske / porodične medicine za ispunjene
ugovorene kriterije kvaliteta zdravstvene zaštite**

Četvrti nacrt

AKAZ, novembar / studeni 2007.

Principi

1. Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja i Federalni zavod za zdravstveno osiguranje i reosiguranje imaju obavezu da kroz ugovore sa zdravstvenim ustanovama odrede i nivo kvaliteta zdravstvenih usluga za osigurana lica. Da bi se ova obaveza ispunila neophodno je:

- osnovati «fond za kvalitet», odnosno odrediti udio sredstava namijenjenih za kvalitet na nivou svakog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja (KZZO); i
- dogovoriti kriterije koji kad su ispunjeni mogu odrediti nivo kvaliteta usluga u zdravstvenoj ustanovi.

2. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu Federacije BiH (AKAZ) u saradnji sa Ministarstvom zdravstva Federacije BiH i Zavodom za zdravstveno osiguranje i reosiguranje Federacije BiH, predlaže u ovom nacrtanom dokumentu:

- različite opcije za izdvajanja finansijskih sredstava KZZO (i Federalnog zavoda za zdravstveno osiguranje) bez njihovog udruživanja na nivou Federacije BiH (tzv. «virtualni fond za kvalitet»); i
- kriterije i pokazatelje kvaliteta koji će se redovno pratiti na nivou domova zdravlja, bolnica i ambulanti porodične /obiteljske medicine radi plaćanja kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga.

3. *Kvalitetne zdravstvene usluge* podrazumijevaju njihovo osiguranje putem strukturnih i procesnih varijabli koje se mogu mjeriti, kontrolisati i poboljšavati, i potvrdu tog kvaliteta kroz redovno izvještavanje AKAZ-a od strane zdravstvenih ustanova, kontrolu progressa u podizanju unutrašnjih sistema kvaliteta putem ovlaštenih osoba AKAZ-a i završnu ocjenu zdravstvene ustanove putem vanjskog pregleda radi akreditacije.

Budući da prvi dio, tj. podizanje unutrašnjeg sistema kvaliteta obično traje 3-5 godina, logično je i fer zdravstvenim ustanovama, koje ulaze u program unapređenja kvaliteta, obezbijediti određena finansijska sredstva, odvojena od finansijske nagrade za akreditaciju. U tom smislu, ukupna sredstva koja se mogu dodijeliti jednoj zdravstvenoj ustanovi podrazumijevaju stepenasto finansiranje u procesu podizanja unutrašnjeg sistema kvaliteta i određena finansijska sredstva u slučaju akreditacije zdravstvene ustanove («nagrada za akreditaciju»).

4. AKAZ će na temelju izvještaja zdravstvenih ustanova i kontrolnim pregledima uz pomoć facilitatora, utvrđivati procenite ispunjenosti predloženih pokazatelja i nadležnim zavodima zdravstvenog osiguranja dostavljati kvartalne i završne izvještaje na temelju kojih zavodi treba da odobravaju sredstva za kvalitet iz stavke ugovora za unapređenje kvaliteta.

5. Domovi zdravlja i bolnice imaju sličnu listu kriterija i indikatora za plaćanje kvaliteta zdravstvenih usluga, dok se finansijska sredstva, kriteriji i indikatori za timove porodične / obiteljske medicine zasnivaju na posebnom modelu.

6. Lista kriterija i indikatora za kvalitetne zdravstvene usluge vrijedi dvije godine nakon postizanja konsenzusa i ugovaranja. Nakon isteka tog vremena, temeljem iskustva sve liste kriterija i indikatora, a samim tim i finansijskih naknada zdravstvenim ustanovama, bit će revidirane.

7. Zdravstvene ustanove kupuju usluge AKAZ-a prema utvrđenom cjeniku (edukacija, facilitacija, vanjska ocjena), a modaliteti kontrole ugovorenih kriterija kvaliteta radi

plaćanja zdravstvenih ustanova, uredit će se ugovaranjem između kantonalnih fondova zdravstvenog osiguranja i AKAZ-a.

Formiranje kantonalnih «fondova za kvalitet» (namjenskih sredstava za plaćanje kvaliteta zdravstvenih usluga)

8. Svi kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja odvajaju na posebnu kontnu liniju (podračun) **0,8%** od ukupnih sredstava koje svake godine doznaju domovima zdravlja (bez lijekova) i bolnicama na svom teritoriju i **0,4%** za unapređenje kvaliteta i akreditaciju timova podične / obiteljske medicine (ukupno **1,2%** sredstava) i tako formiraju *virtualni fond* na nivou Federacije radi poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga i nagrada za akreditaciju. Naravno, te sume bit će različite, što ovisi od prikupljenih sredstava na nivou svakog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja. Sredstva se *ne* bi prelijevala iz kantona u kanton.

Tablica 1. OPCIJA 1 :0,8% od KZZO za domove zdravlja i bolnice i 0,4% za TOM

	Ukupna sredstva u milionima KM (2006.)	0,8%	0,4%	1,20%
Unsko-sanski	30,8	246.400	123.200	369.600
Posavski	7,1	56.800	28.400	85.200
Tuzlanski	74,9	599.200	299.600	898.800
Zeničko-dobojski	53,5	428.000	214.000	642.000
Bosansko-podrinjski	6	48.000	24.000	72.000
Srednjobosanski	37,7	301.600	150.800	452.400
Hercegovačko-neretvanski	42,5	340.000	170.000	510.000
Zapadno-hercegovački	14,3	114.400	57.200	171.600
Kanton Sarajevo	123,5	988.000	494.000	1.482.000
Herceg-bosanski	9,3	74.400	37.200	111.600
Ukupno	399,6	3.196.800	1.598.400	4.795.200

9. Pada u oči ogroman disparitet između «najbogatijeg» Kantona Sarajevo i «najsiriomašnjeg» Bosansko-podrinjskog kantona, koje iznose više od 20 puta. Istina je da «bogati» kantoni imaju veći broj osiguranika, veći broj zdravstvenih objekata i veći broj TOM, ali i tada – uzimajući u obzir potencijalne korisnike u realnim okolnostima i realnom vremenu, – ostaju velike razlike između kantona u sposobnosti da pomognu zdravstvenim ustanovama u unapređenju kvaliteta. Da li je «nemoguća misija» poštediti «bogatije» kantone, tako da se izbjegne primjena principa solidarnosti, a omogućiti «siromašnjim» kantonima da pravično nagrade kvalitetne zdravstvene usluge? Za to postoje dvije mogućnosti koje ćemo navesti u tablicama Opcije 2 i Opcije 3. Prije odgovora na to pitanje, uzmimo izračunatu prosječnu vrijednost svih 10 kantona od **479,500** KM za osnovicu od cca 100% sredstava za kvalitet na nivou Federacije BiH (virtualni fond). Četiri kantona nalaze se iznad tog prosjeka, a peti je blizu prosjeka. Problem predstavljaju pet kantona koji u većoj mjeri leže ispod prosjeka.

Uzmimo za primjer Posavski kanton. Čak i sa izdvajanjem od 1,20% nedostajuća sredstva do federalnog prosjeka iznose 394,300 KM.

Tablica 2. Odvajanje sredstava za kvalitet: Posavski kanton

Ukupna sredstva u milionima KM (2006.)	DZ i bolnica	TOM	1,20%
	0,8%	0,4%	
7,1	56.800	28.400	85.200

Šta se može finansirati za 85.200 KM godišnje? Dom zdravlja i bolnica mogu dobiti po 28,400 KM, što je tek dovoljno za finansiranje edukacije za ukupno 4 osobe, jednu posjetu facilitatora i ostatak od 15,600 KM, koji teško da može biti stimulacija za 3,500 poena. U tom slučaju vrijednost jednog poena bila bi manja od 5 KM. Suma od 28.400 KM dostatna je za dvije uvjetne i jednu totalne akreditaciju TOM koja podraunijeva i troškove upostave sistema kvaliteta.

Tablica 3. Akreditacija timova porodične / obiteljske medicine: Posavski kanton

	0,4% sredstava	Jedinična akreditacija TOM	Jedinačna nagrada	Broj akreditiranih timova / cijena	Avansna sredstva (10%)
Akreditacija					
Uslovna		5.590	2,000	2 / 15.180	
Totalna		9.075	4,000	1 / 13.075	2840 x 3
Sredstva	28.400	14,665	6.000	3 / 28.255	8,520

S druge strane, uzmimo za primjer Kanton Tuzla:

Tablica 4. Odvajanje sredstava za kvalitet: Kanton Tuzla

Ukupna sredstva u milionima KM (2006.)	DZ i bolnica	TOM	1,20%
	0,8%	0,4%	
74,9	599.200	299.600	898.800

Sa 10 puta više novca, može se akreditirati najmanje 30 timova porodične medicine:

Tablica 5. Akreditacija timova porodične / obiteljske medicine: Kanton Tuzla

	0,4% sredstava	Jedinična akreditacija TOM	Jedinačna nagrada	Broj akreditiranih timova / cijena	Avansna sredstva (1%)
Akreditacija					
Uslovna		5.590	2,000	18/ 136.620	
Totalna		9.075	4,000	12/ 156.900	2,996 x 30
Sredstva	299.600	14,665	6.000	30 / 293,520	89.880

10. Ideja fonda za kvalitet jest njegovo brže punjenje od pražnjenja, budući da DZ, bolnice i TOM neće tako brzo moći ostvariti preduvjete za ulaženje u program akreditacije. Jedna od mogućnosti (u slučaju manjeg broja aplikacija), jest da zavodi zdravstvenog osiguranja prebacuju svoje finansijske obaveze prema zdravstvenim ustanovama za narednu godinu. Zbog toga je vrlo važna dinamika punjenja i pražnjenja fonda, što se u krajnjoj liniji može

simulirati. S druge strane, u finansiranju podizanja unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta trebalo bi da zavodi zdravstvenog osiguranja kroz ugovore predvide neka **avansna sredstva** u koja bi po specifikaciji ulazili troškovi edukacije za kvalitet i facilitacije zdravstvene ustanove. Ta avansna sredstva su varijabilna i treba ih izračunavati prema stvarnim potrebama i kapacitetima svake zdravstvene ustanove. Također se može razmišljati o varijanti da se na početku svake godine uplate avansna sredstva po nekom utvrđenom ključu, a na kraju godine ostatak ili zarađeni dio podijeli prema postignutom rezultatu.

11. Alternativno, moguće je razmisliti o drugoj opciji u kojoj KZZO, čija izdvajanja za domove zdravlja i bolnice **ne prelaze 20 miliona**, za kvalitet odvajaju **200,000 KM**; KZZO čija izdvajanja za domove zdravlja i bolnice **iznose između 30 – 50 miliona godišnje**, za kvalitet i akreditaciju odvajaju **400,000 KM**; KZZO čija izdvajanja za DZ i bolnice prelaze **50 miliona godišnje**, odvajali bi za kvalitet i akreditaciju **500,000 KM**; KKZO čija izdvajanja za DZ i bolnice **prelaze 100 miliona godišnje**, za kvalitet i akreditaciju odvajali bi u fond za kvalitet **1 milion KM**.

Tablica 6. OPCIJA 2: 0,8% od KZZO za domove zdravlja i bolnice i 0,4% za TOM u ovisnosti o visini izdvajanja sredstava za domove zdravlja, bolnice i TOM

Kantoni	Ukupna sredstva u milionima KM	0,8%	0,4%	1,20%	po visini izdvajanja
Unsko-sanski	30,8	246.400	123.200	369.600	400.000
Posavski	7,1	56.800	28.400	85.200	200.000
Tuzlanski	74,9	599.200	299.600	898.800	500.000
Zeničko-dobojski	53,5	428.000	214.000	642.000	500.000
Bosansko-podrinjski	6	48.000	24.000	72.000	200.000
Srednjobosanski	37,7	301.600	150.800	452.400	400.000
Hercegovačkoneretvanski	42,5	340.000	170.000	510.000	400.000
Zapadno-hercegovački	14,3	114.400	57.200	171.600	200.000
Kanton Sarajevo	123,5	988.000	494.000	1.482.000	1.000.000
Hercegbosanski	9,3	74.400	37.200	111.600	200.000
Ukupno		3.196.800	1.598.400	4.795.200	4.000.000

Na ovaj način i «siromašniji» kantoni imali bi dobar start i mogućnost da nakon cca 2,5 godine dostignu federalni prosjek. Vodeći računa da podizanje sistema kvaliteta i pripreme za akreditaciju u prosjeku traju 3-4 godine, sredstva fonda bila bi dostatna za pokrivanje tih troškova.

Tablica 7. OPCIJA 3: 0,8% od KZZO za domove zdravlja i bolnice i 0,4% za TOM i učešće Budžeta Vlade FBiH

	Milioni KM	0,8%	0,4%	0,8+0,4%	KZZO	BUDŽET FBiH	TOTAL
Unsko-sanski	30,8	246.400	123.200	369.600	200.000	300.000	500.000
Posavski	7,1	56.800	28.400	85.200	100.000	400.000	500.000
Tuzlanski	74,9	599.200	299.600	898.800	400.000	100.000	500.000
Zeničko-dobojski	53,5	428.000	214.000	642.000	400.000	100.000	500.000
Bosansko-podrinjski	6	48.000	24.000	72.000	100.000	400.000	500.000
Srednjobosanski	37,7	301.600	150.800	452.400	200.000	300.000	500.000
Hercegovačko-neretvanski	42,5	340.000	170.000	510.000	200.000	300.000	500.000
Zapadno-hercegovački	14,3	114.400	57.200	171.600	100.000	400.000	500.000
Kanton Sarajevo	123,5	988.000	494.000	1.482.000	500.000	-	500.000
Hercegbosanski	9,3	74.400	37.200	111.600	100.000	400.000	500.000
Ukupno	399,6	3.196.800	1.598.400	4.795.200	2.300.000	2.700.000	5.000.000

Fond za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite u visini od 5 miliona KM (2,3 + 2,7), obezbjeđuje svim kantonima pravičnu podjelu sredstava i jednake mogućnosti. Međutim, upitno je sufinansiranje Vlade kad je budžet za 2008. godinu već usvojen.

12. Moguća je i **opcija 4**, kao verzija opcije 3. U tom slučaju izračunati federalni prosjek (za 2006. godinu iznosi **479,500 KM**), uzimao bi se kao osnovica, pa bi svi kantoni ispod tog prosjeka bili **sufinansirani od strane Vlade** do visine prosjeka, a kantoni iznad prosjeka ne bi dobivali sredstva iz budžeta Vlade.

13. Pretpostavka je da će se zbog naplate obaveznog zdravstvenog osiguranja po većoj stopi od odvajanja za kvalitet u visini od 1% ukupnih sredstava (frakcija koja se odvaja zdravstvenim ustanovama) – neće biti potrebno (barem u većini slučajeva) umanjivati godišnji budžet zdravstvenim ustanovama za tu vrijednost.

Zdravstvene ustanove su zakonski obavezne osigurati sve pretpostavke za podizanje unutrašnjeg sistema kvaliteta

14. U sadašnjem Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu nije dovoljno naglašena ova obaveznost, posebno ako se ima na umu da **ne postoje sankcije** za zdravstvene ustanove i direktore zdravstvenih ustanova ako ne osiguraju sve pretpostavke za podizanje unutrašnjeg sistema kvaliteta.

15. U planiranim izmjenama Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu treba uvesti sankcije i provjeru postojanja neophodnih struktura za kvalitet u zdravstvenim ustanovama, a tu kontrolu dodijeliti zdravstvenoj inspekciji u okviru njenih novih nadležnosti. Ovi preduvjeti ne ulaze u sistem kvaliteta i **ne budu se za plaćanje** od strane kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja.

16. Na sljedećoj tablici prikazani su kriteriji i indikatori organizacijske strukture za kvalitet čije pregledanje treba da bude u nadležnosti zdravstvene inspekcije:

Tablica 8. Prijedlog kriterija i indikatora za pregled organizacijskih struktura za kvalitet (pregledava zdravstvena inspekcija)

R.b.	Kriterij	Indikator	Ispunjenost
1	Imenovan koordinator kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi	Dokaz o imenovanju Opis poslova i radnih zadataka koordinatora kvaliteta	100%
2	Imenovani članovi komisije za kvalitet	Dokazi o imenovanju Opis poslova i radnih zadataka članova komisije Pisani izvještaj koordinatora kvaliteta za protekli period	100%
3	Imenovani unutrašnji ocjenjivači kvaliteta	Dokazi o imenovanju Opis poslova i radnih zadataka unutrašnjih ocjenjivača	100%
4	Održavanje redovnih sastanaka komisije za kvalitet (ili službe u slučaju kad postoji profesionalna služba za kvalitet)	Zapisnici sastanaka Mjesečni planovi rada Mjesečni do kvartalni izvještaji komisije menadžmentu ustanove	Minimum 60%
5	Imenovanje i aktivnosti radnih timova u funkciji poboljšanja kvaliteta i sigurnosti	Dokazi o imenovanju Zapisnici sa sastanaka Kvartalni planovi i izvještaji komisiji za kvalitet	Minimum 60%

17. Zdravstvena inspekcija i AKAZ potpisuju memorandum o razumijevanju ili obaveze pregleda organizacijskih struktura za kvalitet utvrđuju ugovorno na komercijalnoj osnovi.

Zajednička lista kriterija i indikatora kvaliteta doma zdravlja i bolnice

18. Opšti dio liste kriterija i indikatora jednak je za domove zdravlja i bolnice i pregledava je AKAZ tokom facilitacije ili fokusiranih posjeta vanjskih ocjenjivača. Za obračun prikupljenih poena moguća su dva pristupa:

- poeni kao određeni procentualni udio u masi sredstava fonda za kvalitet namijenjen domu zdravlja, odnosno bolnici;
- ugovorena vrijednost poena, na primjer, 50 KM.¹

Ugovorena vrijednost boda određuje se prema masi raspoloživih sredstava u fondu za kvalitet. Zavodi zdravstvenog osiguranja propisuju granične vrijednosti obračuna boda.

¹ Može se utvrditi maksimalna vrijednost boda, kako bi se prevenirale situacije da kad mali broj ustanova započne s projektom, te ustanove ne povuku previše sredstava.

Tablica 9. Opšta lista kriterija i indikatora za domove zdravlja i bolnice

Br.	Kriterij	Indikator	Vrijednost indikatora (bodovi)	Ukupna vrijednost kriterija
1	Edukacija i obuka za kvalitet	Broj educiranog osoblja x 5 bodova po osobi	0 - 140	140 bodova - 1,4% od predviđenih sredstava za kvalitet - 7000 KM za obuku 28 osoba
2	Zdravstvena ustanova angažirala facilitatora i pokrenula projekt poboljšanja kvaliteta	AKAZ dostavio opis poslova facilitatora, a zdravstvena ustanova kopiju ugovora	30	60 bodova - 0,6% od predviđenih sredstava za kvalitet - 3000 KM
		AKAZ i ustanova izvijestili zavod o pokretanju projekta	30	
3	Samoocjena zdravstvene ustanove u odnosu na akreditacijske standarde	Ispunjen upitnik za samoocjenu	80	Do 140 bodova: - 1,4% od predviđenih sredstava za kvalitet - 7000 KM
		Facilitator provjerio rezultate samoocjene	30	
		Menadžment ustanove odobrio rezultate prve samoocjene	30	
4	Strategija kvaliteta i godišnji plan poboljšanja kvaliteta	Postoji strategija unapređenja kvaliteta na nivou ustanove	60	Do 180 bodova -1,8% od predviđenih sredstava za kvalitet - 9000 KM
		Strategiju kvaliteta odobrio menadžment ustanove	30	
		Postoji godišnji plan poboljšanja kvaliteta	60	
		Godišnji plan odobrio menadžment ustanove	30	
5	Strategija rizika i godišnji plan sanacije rizika i proaktivnog upravljanja rizicima	Postoji strategija upravljanja rizikom (kliničkim i nekliničkim) na nivou ustanove	60	Do 270 bodova - 2,7% od predviđenih sredstava za kvalitet - 13,500 KM
		Strategiju upravljanja rizikom odobrio menadžment ustanove	30	
		Postoji godišnji plan sanacije rizika (retroaktivno)	60	

		Godišnji plan sanacije rizika odobrio menadžment	30	
		Postoji godišnji plan proaktivnog upravljanja rizikom	60	
		Godišnji plan sanacije rizika odobrio menadžment	30	
6	Izrada akcionih planova na temelju samoocjene uz pomoć facilitatora	Definisan akcioni plan ili planovi ²	0-90	Do 120 bodova - 1,2% od predviđenih sredstava za kvalitet - 6,000 KM
		Menadžment ustanove odobrio akcioni plan	30	
7	Rad na kvalitetu odvija se prema akcionom planu	Izveštaji koordinatora kvaliteta i facilitatora prema AKAZ-u	60	90 bodova - 0,9% od predviđenih sredstava za kvalitet - 4,500 KM
		Izveštaji AKAZ-a nadležnom zavodu zdravstvenog osiguranja nakon usvajanja izvještaja	30	
8	Izrada, usvajanje i početak primjene najmanje 5 kliničkih i 5 administrativnih operativnih politika / procedura u toku jedne godine (ukupno 10)	Politike / procedure definisane i usvojene od menadžmenta (izvještaji koordinatora i facilitatora)	20	100 bodova - 1% od predviđenih sredstava za kvalitet - 5,000 KM - Maksimalno 500 bodova ili 5% od predviđenih sredstava za kvalitet, odnosno 25,000 KM.
		Politike / procedure se primjenjuju (izvještaji)	80 ³	
9	Definisanje prioriteta, izbor najmanje 5 kliničkih tema i 3 nekliničke teme; 2 revizije po jednoj temi (početna i kontrolna)	Urađene kliničke revizije (izvještaji koordinatora i facilitatora)	80 ⁴	240 bodova - 2,4% od predviđenih sredstava za kvalitet - 12,000 KM - Maksimalno 480 bodova ili 4,8% od predviđenih sredstava za kvalitet, odnosno 24,000 KM

² Jedan definisan akcioni plan vrijedi 10 bodova i odnosi se na pojedinačni akcioni plan svake organizacione jedinice. Facilitator ocjenjuje ispunjenost zadataka i rokova svakog akcionog plana i vrednuje ga na kraju. Vrijednost se odnosi na ispunjenost svakog akcionog plana. Ukoliko se u zadatom roku plan ne ispuni, nema bodova niti naknade sredstava.

³ Definisanje i usvajanje jedne politike/procedure vrijedi 2 boda; dokumentirana primjena jedne procedure vrijedi 8 bodova. Svi bodovi iznad obaveznih 100 se pridodaju.

⁴ Ukupno 8 kliničkih/nekliničkih tema x 2 revizije = 16 revizija. Jedna revizija iznosi 5 bodova.

		Dokumentirano poboljšanje prakse nakon urađene druge revizije po istoj temi	160	
10	Praćenje indikatora kvaliteta u skladu sa Pravilnikom o praćenju kvaliteta u zdravstvenim ustanovama ili drugim aktom i izvještavanje prema AKAZ-u.	Procenat ispunjenosti i dostavljanja kvartalnih izvještaja u skladu sa Pravilnikom ili drugim aktima	0 - 100	100 bodova -1% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 5,000 KM
11	Uveden sistem prijavljivanja i analize incidentnih situacija i dostavljanje izvještaja AKAZ-u prema zakonskim obavezama i procedurama na temelju standarda.	Procenat ispunjenosti i dostavljanja polugodišnjih izvještaja zdravstvenih ustanova	0 - 100	100 bodova - 1% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 5,000 KM
12	Prilagođavanje i primjena federalnih kliničkih vodilja ili u nedostatku istih odobrenih vodilja za najmanje 10 kliničkih entiteta ⁵	Implementacija kliničkih vodilja (izvještaji koordinatora i facilitatora)	0 - 400	400 bodova - 4% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 20,000 KM
13	Uspostavljanje sistema za žalbe i pohvale pacijenata	Uspostavljen sistem za žalbe prema preporukama AKAZ-a (izvještaji)	30	Maksimalno 160 bodova -1,6% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 8,000 KM
		Prikupljanje i obrada rezultata žalbi i pohvala (izvještaji)	30	
		Dokumentirana unapređenje i konsolidacija prakse na temelju trenda žalbi i pohvala (izvještaji)	100	
14	Uspostavljanje sistema za redovno anketiranje pacijenata o zadovoljstvu pruženim uslugama	Provedeno anketiranje	30	Maksimalno 160 bodova -1,6% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 8,000 KM
		Dostavljen izvještaj o anketiranju pacijenata s obrađenim rezultatima	30	

⁵ Pokrivenost jednog kliničkog entiteta vodiljom iznosi 30 poena.

		Dokumentirano unapređenje prakse na temelju anketiranja pacijenata	100	
15	Doprinos drugim zdravstvenim ustanovama u poboljšanju kvaliteta usluga kroz razmjenu iskustva – pomoć u podizanju unutrašnjih sistema kvaliteta i vanjska ocjena	Svaki facilitator 5 bodova (boduje se najviše 10 facilitatora godišnje)	0 - 50	Maksimalno 100 bodova -1% od predviđenih sredstava za kvalitet - do 5,000 KM
		Svaki vanjski ocjenjivač 5 bodova (boduje se najviše 10 vanjskih ocjenjivača godišnje)	0 - 50	
Ukupno			Maksimalno 3000 bodova	3000 bodova: - 30% od predviđenih sredstava za kvalitet - 150,000 KM (ako je vrijednost boda = 50 KM)

19. Treba imati na umu da su ovo maksimalne vrijednosti koje jedna zdravstvena ustanova (DZ, bolnica) ne može odmah ostvariti; obično joj za to treba 2-3 godine, za koje vrijeme će se kantonalni fond za kvalitet puniti novim sredstvima. Zbog toga će procentualni udjeli za KZZO biti, vjerovatno, manje prihvatljivi. Drugim riječima, ukupna suma za kvalitet dijeli se na broj apliciranih zdravstvenih ustanova u kantonu (u najvećem broju slučajeva u početku će to biti po jedan DZ i jedna lokalna bolnica). Ako u fondu nakon prve godine prikupljanja sredstava ima cca 400.000 KM, i za sredstva se «takmiče» dvije ustanove, onda će svakoj ustanovi pripasti po 120,000 KM; ako u fondu nakon 2 godine ima 800,000 KM, svakoj od dvije ustanovi pripalo bi po 240,000 KM. Naravno, ako za program apliciraju tri i više zdravstvenih ustanova, fond će se prazniti u početku po osnovi edukacije i facilitacije, a tek kasnije i po osnovi izgradnje sistema kvaliteta. Ugovaranje vrijednosti boda čini se stoga prihvatljivije za «čuvanje» fonda ako će biti još aplikantata na sredstva. Naravno, zdravstvenim ustanovama bi odgovarali procentualni udjeli u ukupnim sredstvima fonda za kvalitet.

20. Osim gore pobrojanih opštih kriterija i indikatora, za domove zdravlja i bolnice prikupljaju se i podaci o specifičnim aktivnostima, kriterijima i indikatorima, koji se dostavljaju AKAZ-u (tablice 10. i 11.).

Tablica 10. Posebna lista kriterija za domove zdravlja

Br.	Kriterij	Ispunjenost	Vrijednost u bodovima	Procenat od ugovorenih sredstava za kvalitet
1	Procenat osoblja koje je prošlo obuku iz pružanja hitne medicinske pomoći u posljednjih 18 mjeseci	Najmanje 30%	60	0,6
2	Članovi tima hitne medicinske pomoći koriste pisane vodilje/protokole za hitna medicinska stanja		60	0,6
3	Procenat ciljne populacije obuhvaćene imunizacijom	Minimum 80%	60	0,6
4	Istraživanje o zdravstvenim potrebama stanovništva i korištenju zdravstvenih usluga	Minimum jedno istraživanje svake 3 godine	60	0,6
5	Procenat djece sa svim zdravim mliječnim i stalnim zubima u 6. godini života	Minimum 30%	40	0,4
6	KEP 12 ili zbir karijesnih, ekstrahiranih i plombiranih zuba djece starosti od 12 godina	Minimum 40%	40	0,4
7	Procenat trudnica obuhvaćen stomatološkim sistematskim pregledom	Minimum 30%	20	0,2
8	Procenat zadovoljnog stanovništva nakon anketiranja	Minimum 75%	100	1,0
9	Specifični morbiditet po MKB-10		60	0,6
Ukupno			500	5,0%
SVEUKUPNO DOM ZDRAVLJA			3500	35%; 175,000 KM

Tablica 11. Posebna lista kriterija za bolnice

Br.	Kriterij	Ispunjenost	Vrijednost u bodovima	Procenat od ugovorenih sredstava za kvalitet
1	Izrada 8 kliničkih puteva	Minimalno 75%	60	0,6
2	Procenat prijelaza na dnevnu hirurgiju	Minimalno 15% svih hirurških procedura	60	0,6
3	Procenat nozokomijalnih infekcija	Maksimalno 5%	50	0,5
4	Stopa carskog reza	Maksimalna stopa 16%	30	0,3
5	Imuniziranost osoblja protiv hepatitisa B na visokorizičnim radnim mjestima	Minimalno 80%	60	0,6
6	Stopa obuhvaćenosti sestričkog osoblja kliničkom revizijom,	Minimalno 60%	60	0,6
7	Procenat zadovoljnih pacijenata nakon anketiranja	Minimalno 75%	60	0,6
8	Specifični bolnički morbiditet za 10 najčešćih oboljenja		60	0,6
9	Specifični bolnički mortalitet		60	0,6
Ukupno			500	5,0%
SVEUKUPNO BOLNICA			3500	35%; 175,000 KM

21. Na temelju člana 38. Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. novine Federacije BiH, br. 30/97 i 7/02) utvrđuju se vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga. (...), naknade koje (...) Federalni zavod osiguranja i reosiguranja (...) plaća za pružanje ugovorenih usluga... Budući da ovaj dokument predlaže kriterije za mjerljivost kvaliteta pruženih usluga, bitno je da i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja propiše kriterije kvaliteta koje će ugraditi u ugovore za specifične usluge, jer je Federalni zavod zakonski izjednačen sa kantonalnim kod finansiranja kvaliteta preko ugovora.

22. Radi stimulacije zdravstvenih ustanova, pokrivanja troškova aplikacije, vanjske ocjene, i rada Odbora za akreditaciju koji donosi odluku o akreditaciji zdravstvene ustanove – KZZO treba da predvide i dodatna sredstva koja se mogu izračunati analogno kalkulaciji u tablicama 9 – 11. Za akreditaciju se predlaže još 40% sredstava iz fonda za kvalitet; 20% za DZ i 20% za akreditiranu bolnicu, što daje po 80,000 KM. S druge strane, ustanove dobivaju po 100,000 KM ako je ugovorena vrijednost boda 50 KM.

Tablica 12. Akreditacija doma zdravlja

Br.	Kriterij	Ispunjenost	Vrijednost u bodovima	Procenat od ugovorenih sredstava za kvalitet
1	Dobivanje statusa akreditirane ustanove	Prihvaćena aplikacija doma zdravlja za vanjsku kolegijalnu ocjenu (finalni izvještaj facilitatora i koordinatora kvaliteta)	400	4%
		Vanjski pregled i Rješenje AKAZ-a o statusu (finalni izvještaj tima vanjskih ocjenjivača i odluka o akreditaciji Odbora za akreditaciju AKAZ-a)	1600	16%
Ukupno			2000	20%

Tablica 13. Akreditacija bolnice

Br.	Kriterij	Ispunjenost	Vrijednost u bodovima	Procenat od ugovorenih sredstava za kvalitet
1	Dobivanje statusa akreditirane ustanove	Prihvaćena aplikacija bolnice za vanjsku kolegijalnu ocjenu	400	4%
		Vanjski pregled i Rješenje AKAZ-a o statusu	1600	16%
Ukupno			2000	20%

Model stimulativnog finansiranja timova porodične/obiteljske medicine

23. Za akreditaciju timova porodične / obiteljske medicine KZZO trebalo bi da odvoje posebna sredstva u visini od 0,4%. Opravdanje za ovo leži u činjenici da je porodična medicina s naglaskom na promociju zdravlja i prevenciju bolesti jedno od ključnih opredjeljenja naše zdravstvene politike; da TOM – u toj konstelaciji ne bi trebalo da se «takmiči» za sredstva sa lokalnim domom zdravlja i bolnicom; i da će s obzirom na brojnost timova (potencijalnih aplikacija za akreditaciju) sredstva fonda za kvalitet brže prazniti nego ona za DZ i bolnice.

24. Akreditacijski standardi za porodičnu medicinu su zasnovani na principima i praksi porodične / obiteljske medicine. Sedam poglavlja (1. fizički faktori; 2. oprema tima; 3. organizacija i menadžment; 4. promocija zdravlja i prevencija bolesti; 5. kliničke usluge; 6. anketiranje pacijenata; i 7. prava i obaveze pacijenata) sadrži **35 standarda** koji opisuju traženi kvalitet u radu tima porodične / obiteljske medicine. Svaki standard sadrži kriterije koji opisuju ključne komponente standarda. Kriteriji se koriste da bi se pobliže objasnili standardi i da bi se ocijenilo da li su standardi ispunjeni ili ne. Kriteriji su podijeljeni u tri grupe:

- početni (**P**), kojih ima **66**;
- unaprijeđeni (**U**) kojih ima **44**; i
- terminalni (**T**) kojih ima **51**

Kriteriji, kao osnov za ocjenu, mogu biti *kvalitativni* (ima-nema; da-ne; subjektivna ocjena vanjskog ocjenjivača) ili su *kvantitativni* (procenti; odnosi; stope) i tada ih nazivamo *indikatorima* (pokazateljima).

Tablica 14. Poenski system kriterija i indikatora akreditacijskih standarda za TOM

Poglavlje	Standard	Kriteriji						Suma
		Početni (P)		Unaprijeđeni (U)		Terminalni (T)		
1. Fizički faktori	1.1 Fizički pristup	P-01	3					3
	1.2 Prostorije	P-02	1	U-01	3	T-01	4	13
		P-03	2	U-02	1			
		P-04	1					
		P-05	1					
Ukupno kriterijii/poglavlje 1.			8		4		4	16
2. Oprema tima	2.1 Oprema i resursi	P-06	2	U-03	2	T-02	4	8
Ukupno kriteriji /poglavlje 2.			2		2		4	8
3. Organizacija i menadžment	3.1 Dostupnost usluga	P-07	3	U-04	3	T-03	2	22
		P-08	3	U-05	4	T-04	3	
						T-05	4	
	3.2 Informacije i komunikacije	P-09	3	U-06	2	T-06	1	9
		P-10	3					
	3.3 Medicinska evidencija i registri	P-11	3	U-07	10	T-07	15	140
		P-12	1	U-08	15	T-08	7	
		P-13	2	U-09	8	T-09	6	
		P-14	2	U-10	10	T-10	5	
		P-15	2	U-11	8	T-11	5	
		P-16	2	U-12	15	T-12	4	
				U-13	8	T-13	4	
	3.4 Edukacija i obuka	P-17	2	U-15	8	T-14	5	38
		P-18	2	U-16	6	T-15	15	
	3.5 Strateški i praktični menadžment	P-19	4	U-17	4	T-16	4	35
		P-20	4	U-18	4	T-17	3	
		P-21	8			T-18		
		P-22	4					
	3.6 Uputnice i upućivanja	P-23	7	U-19	15	T-19	15	67
				U-20	15	T-20	15	
	3.7 Upravljanje lijekovima	P-24	3	U-21	17	T-21	8	34
		P-25	2					
P-26		2						
P-27		2						
Ukupno kriteriji /poglavlje 3.			64		160		121	345
4. Promocija zdravlja i prevencija bolesti	4.1 Podaci i informacije o načinu života	P-28	30					80
		P-29	40					
		P-30	10					
	4.2 Podsjetnici za preventivne aktivnosti	P-31	20					20
	4.3 Saradnja u promociji zdravlja			U-22	20			20

	4.4 Grupno savjetovanje					T-22	20	20
Ukupno kriteriji /poglavlje 4.			100		20		20	140
5. Kliničke usluge	5.1 Koronarna bolest srca	P-32	15	U-23	15	T-23	15	202
		P-33	15	U-24	20	T-24	15	
		P-34	10	U-25	15	T-25	15	
		P-35	15			T-26	12	
		P-36	15			T-27	10	
						T-28	15	
	5.2 TIA i moždani udar	P-37	20	U-26	30	T-29	30	170
		P-38	10	U-27	30	T-30	20	
		P-39	10					
		P-40	10					
		P-41	10					
	5.3 Arterijska hipertenzija	P-42	50	U-28	70	T-31	80	250
		P-43	50					
	5.4 Diabetes mellitus	P-44	10	U-29	30	T-32	30	230
		P-45	10	U-30	15	T-33	20	
		P-46	10	U-31	15	T-34	10	
		P-47	10	U-32	10	T-35	10	
		P-48	10	U-33	10	T-36	10	
				U-34	10			
	5.5 Karcinom	P-49	10	U-36	15	T-37	35	199
P-50		12	U-37	20	T-38	20		
P-51		12			T-39	35		
P-52		10			T-40	30		
5.6 COPD	P-53	15	U-38	15	T-41	15	90	
	P-54	15			T-42	15		
	P-55	15						
5.7 Bronhijalna astma	P-56	20	U-39	10	T-43	20	90	
	P-57	15	U-40	10	T-44	15		
5.8 Epilepsija	P-58	5					30	
	P-59	10						
	P-60	15						
5.9 Hipotireoidizam			U-41	15			15	
5.10 Mentalni problemi					T-45	30	90	
					T-46	15		
					T-47	20		
					T-48	25		
Ukupno kriteriji /poglavlje 5.			434		365		567	1366
6. Anketiranje pacijenata		P-61	25					75
		P-62	50					
Ukupno kriteriji/poglavlje 6.			75					75
7. Prava i obaveze pacijenata	7.1 Jednak pristup	P-63	4					4
	7.2 Pravo na informacije	P-64	2					5
		P-65	3					

7.3 Pravo na privatnost	P-66	3					3
7.4 Pravo na osobno dostojanstvo			U-42	2			2
7.5 Pravo na odbijanje tretmana			U-43	5			5
7.6 Pravo na promjenu liječnika / tima			U-44	6			6
7.7 Pravo na povjerljivost					T-49	6	6
7.8 Prisustvo treće osobe					T-50	5	5
7.9 Učešće u istraživačkim projektima					T-51	7	7
7.10 Obaveze i odgovornosti pacijenta					T-52	7	7
Ukupno kriteriji /poglavlje 7.		12		13		25	50
UKUPNO kriteriji /poglavlja 1. - 7.		695		564		741	2000

Radi primjera, u sljedećoj tablici dat je pregled samo nekih kriterija, indikatora i njihovih poenskih vrijednosti.

Tablica 15. Detalji pojedinih kriterija, indikatora i njihova poenska vrijednost

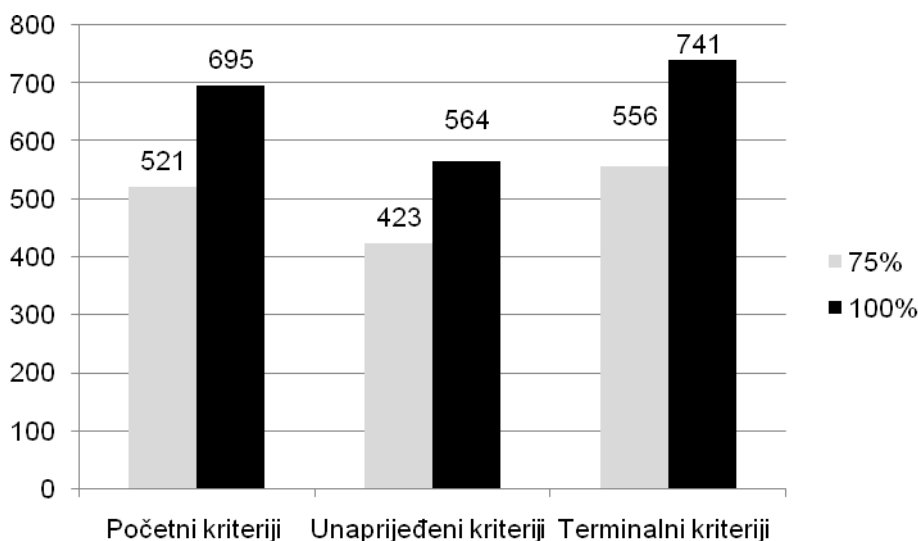
Br.	Kriterij	Indikator	Pojedinačna vrijednost indikatora (bodovi)
3. Organizacija i menadžment			
3.6 Uputnice i upućivanja – Pacijenti se upućuju drugim članovima tima, specijalistima u istoj ustanovi ili u drugim ustanovama ukoliko je to potrebno			
U-19	Adekvatnost upućivanja izražava se stopama. Ocjenjivači treba da izračunaju procenat uputnica specijalistima nakon prvog pregleda.	Ocjenjivači će pregledati izbor 20 zdravstvenih kartona radi provjere koliko je uputnica izdato radi specijalističke konsultacije nakon prvog pregleda. Indikator je ispunjen kad je broj takvih uputnica maksimalno 20%.	15
U-20	Procenat laboratorijskih uputnica pri prvom kurativnom pregledu.	Ocjenjivači će pregledati izbor 20 zdravstvenih kartona radi provjere da li je kao rezultat kurativnog pregleda liječnik izdao uputnicu za 4 i više laboratorijskih nalaza. Indikator je ispunjen kad broj takvih pregleda ne prelazi 30%.	15
T-18	Tim obiteljske medicine na odabranom uzorku pacijenata provodi kliničku reviziju i provjerava podesnost, efikasnost i učinkovitost pretraga i upućivanja specijalistima kod svojih pacijenata barem jednom godišnje, nakon čega se poduzimaju aktivnosti na poboljšanju tekuće prakse.	Ocjenjivači se informiraju na koji način tim provodi kliničku reviziju (kriteriji, mjerenje prakse, poboljšanje) i koliko često je provodi (minimum je jednom godišnje). Ocjenjivačima se daju na uvid obrasci za kliničku reviziju i statistička analiza provedene kliničke revizije. Ovaj kriterij mora biti u potpunosti ispunjen.	15
T-19	TOM može pokazati da je postigao poboljšanja u praksi nakon kliničke revizije pretraga i uputnica specijalistima.	Ocjenjivaču se daje na uvid izvještaj o provedenoj kliničkoj reviziji i dokumentiraju poboljšanja u praksi kao rezultat kliničke revizije. Da bi kriterij bio ispunjen, praksa mora pokazati poboljšanja barem u jednom od dva slučaja.	15 Tim dobiva 5 bonus poena ako se ocjenjivači uvjere da postoji dokumentirano poboljšanje na temelju dvije kliničke revizije tokom jedne godine.

Br.	Kriterij	Indikator	Pojedinačna vrijednost indikatora (bodovi)
3. Organizacija i menadžment 3.7 Upravljanje lijekovima – TOM učinkovito i ekonomično propisuje lijekove i pacijentima daje informacije o odgovarajućem korištenju lijekova.			
U-21	Liječnik porodične/obiteljske medicine propisuje lijekove učinkovito i ekonomično i u skladu s objavljenim dokazima.	<p>Ocjenjivači će pitati liječnika da li se uobičajena stanja i oboljenja liječe u skladu sa kliničkim vodiljama. Kriterij je ispunjen ukoliko liječnik potvrdi da se koristi kliničkim vodiljama pri liječenju uobičajenih stanja i oboljenja i ukoliko može nabrojati barem 10 kliničkih vodilja koje koriste u svom radu.</p>	2
		<p>Ocjenjivači će utvrditi da li su timu na raspolaganju važeće kliničke vodilje ustanove ili drugi podaci zasnovani na najboljim dokazima. Kriterij je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid ocjenjivaču kliničke vodilje kojima se liječnici koriste u svom radu.</p>	5
		<p>Ocjenjivači će pregledati knjigu protokola ili knjigu zakazanih pregleda i izabrati zdravstvene kartone najmanje 10 pacijenata kojima je pružena zdravstvena usluga. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone tih pacijenata i uporedit će dijagnozu i liječenje sa procedurama opisanim u kliničkim vodiljama. Indikator je ispunjen ukoliko su u najmanje 7 od 10 pregledanih zdravstvenih kartona, dijagnoza i liječenje u skladu sa preporukama datim u vodiljama. U ostalim slučajevima liječnik treba da pruži zadovoljavajuće objašnjenje zašto je odstupio od preporuka iz kliničkih vodilja.</p>	10

Br.	Kriterij	Indikator	Pojedinačna vrijednost indikatora (bodovi)
5. Kliničke usluge			
Standard 5.1 Tim pruža kliničke usluge pacijentima sa koronarnom bolesti srca u skladu sa relevantnim kliničkim vodiljama i protokolima.			
P-32	Menadžment koronarne bolesti srca (KBS): dijagnostika Pacijente s novom dijagnozom angine pectoris treba uputiti na test opterećenjem i/ili kardiologu.	Pregled izvještaja o kliničkoj reviziji ili računarskog ispisa: <i>Procenat pacijenata sa novom dijagnozom angine pectoris koji je upućen na test opterećenjem i/ili kardiologu.</i> Indikator je ispunjen kad najmanja stopa testa opterećenjem i/ili pacijenata s nalazom i mišljenjem kardiologa iznosi 25%. Maksimalna stopa iznosi 90%.	15
U-24	Menadžment KSB: prevencija – posljednji krvni pritisak \leq 150/90 mm Hg, mjenog u posljednjih 15 mjeseci.	Pregled izvještaja o kliničkoj reviziji ili računarskog ispisa: Procenat pacijenata sa KBS kod kojih je posljednje očitavanje krvnog pritiska, mjenog u posljednjih 15 mjeseci, bilo 150/90 ili manje. Indikator je ispunjen kad najmanja stopa zabilježenog posljednjeg mjenjenja krvnog pritiska \leq 150/90 , mjenog u posljednjih 15 mjeseci, iznosi 25%. Maksimalna stopa iznosi 70%.	20
T-22	Terapija KBS: antikoagulantna terapija.	Pregled izvještaja o kliničkoj reviziji ili računarskog ispisa: Procenat pacijenata sa KBS kod kojih je u zdravstvenom kartonu u posljednjih 15 mjeseci registrirana terapija aspirinom ili alternativna antikoagulantna terapija (osim ako postoje jasne kontraindikacije). Indikator je ispunjen kad najmanja stopa zabilježene terapije aspirinom ili antikoagulantne terapije u posljednjih 15 mjeseci iznosi 25%. Maksimalna stopa iznosi 90%.	15
P-37	Menadžment suspektnog moždanog udara: dijagnostika	Pregled izvještaja o kliničkoj reviziji ili računarskog ispisa: Procenat novih pacijenata sa dijagnozom suspektnog moždanog udara koji su radi potvrde upućeni na CT ili NMR. Indikator je ispunjen ako najmanja stopa pacijenata upućenih na CT ili NMR radi potvrde dijagnoze moždanog udara iznosi 25%. Maksimalna stopa iznosi 80%.	20

P-41	Menadžment TIA i moždanog udara: prevencija – mjerenje ukupnog holesterola	Pregled izvještaja o kliničkoj reviziji ili računarskog ispisa: Procenat pacijenata sa TIA ili moždanim udarom kod kojih je u kartonu zabilježena vrijednost ukupnog holesterola u posljednjih 15 mjeseci. Indikator je ispunjen kad najmanja stopa zabilježenog mjerenja ukupnog holesterola iznosi 25%. Maksimalna stopa iznosi 90%.	10
------	---	--	----

25. Radeći na poboljšanju prakse, TOM sakuplja poene. Kad TOM ispuni početne kriterije dobiva provizornu ili početnu akreditaciju; ako ispuni unaprijeđene kriterije dobiva uslovnu / uvjetnu akreditaciju; i kad ispuni terminalne kriterije dobiva totalnu akreditaciju. Da bi dobio početnu akreditaciju, koja je neslužbena i samim tim se finansijski ne stimulira, dovoljno je sakupiti 75% poena od raspoloživih 695 poena što iznosi **521** poen. Da bi dobio uvjetnu akreditaciju TOM mora ispuniti 100% početnih kriterija (695 poena) i 75% od 564 poena ili **423** poena (zbir za uvjetnu akreditaciju iznosi, dakle, 118 poena). Za totalnu akreditaciju treba ostvariti 75% poena od 741 ili 556 poena, uz uslov da su prethodno 100% ispunjeni početni i unaprijeđeni kriteriji (u zbiru 1815 poena).



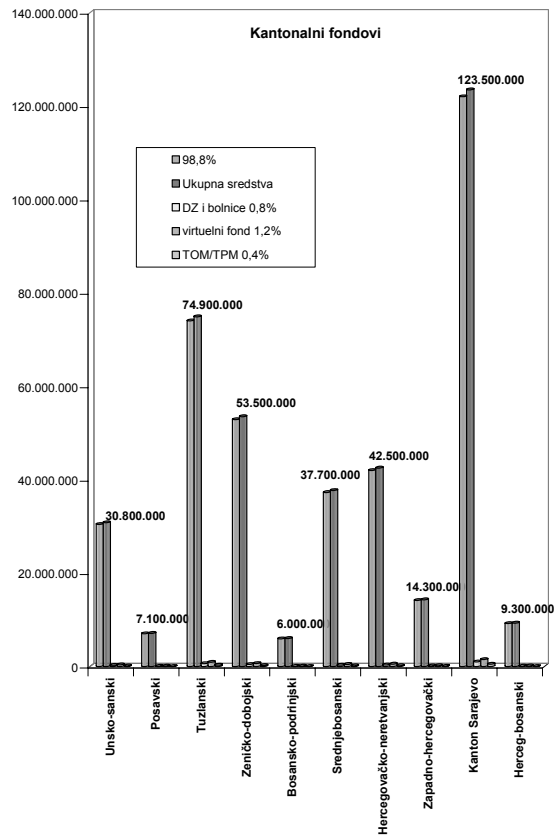
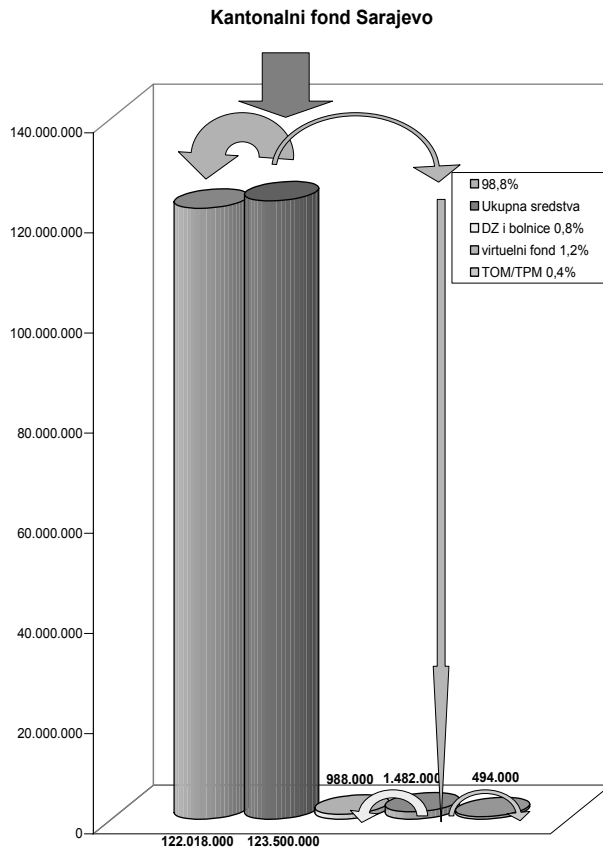
26. Šta se, međutim, u praksi može desiti? Da, na primjer, TOM ispuni 65% početnih kriterija i, recimo, 60% unaprijeđenih kriterija i eventualno 15% terminalnih kriterija. Tada stupa na snagu **pravilo prelijevanja**. Poeni koje je TOM osvojio kroz ispunjenje terminalnih kriterija mogu se prelijevati samo s desna u lijevo, dakle ka unaprijeđenim, a od unaprijeđenih ka početnim. Određen zbir poena terminalnih kriterija dodaje se zbiru unaprijeđenih i na primjer, TOM je postigao 449 poena, dakle, 26 poena iznad limita od 75% poena. Ali, TOM još nije zadovoljio početne kriterije za koje mu treba 695 poena (100%). Sada nakon prelijevanja imamo sljedeću situaciju: 452 poena (65%) + 449 poena (338 U + 111 T) = 901 poen, što čini razliku od 206 poena. TOM je dobio početnu akreditaciju i ima lijepu zalihu od 206 poena u nastojanju da se domogne uslovne akreditacije. Istina, nedostaje mu 217 poena (do 423 ili limita od 75%), ali nije daleko od toga! Kad ispuni sve početne kriterije može upotrijebiti drugo pravilo – **vraćanje**

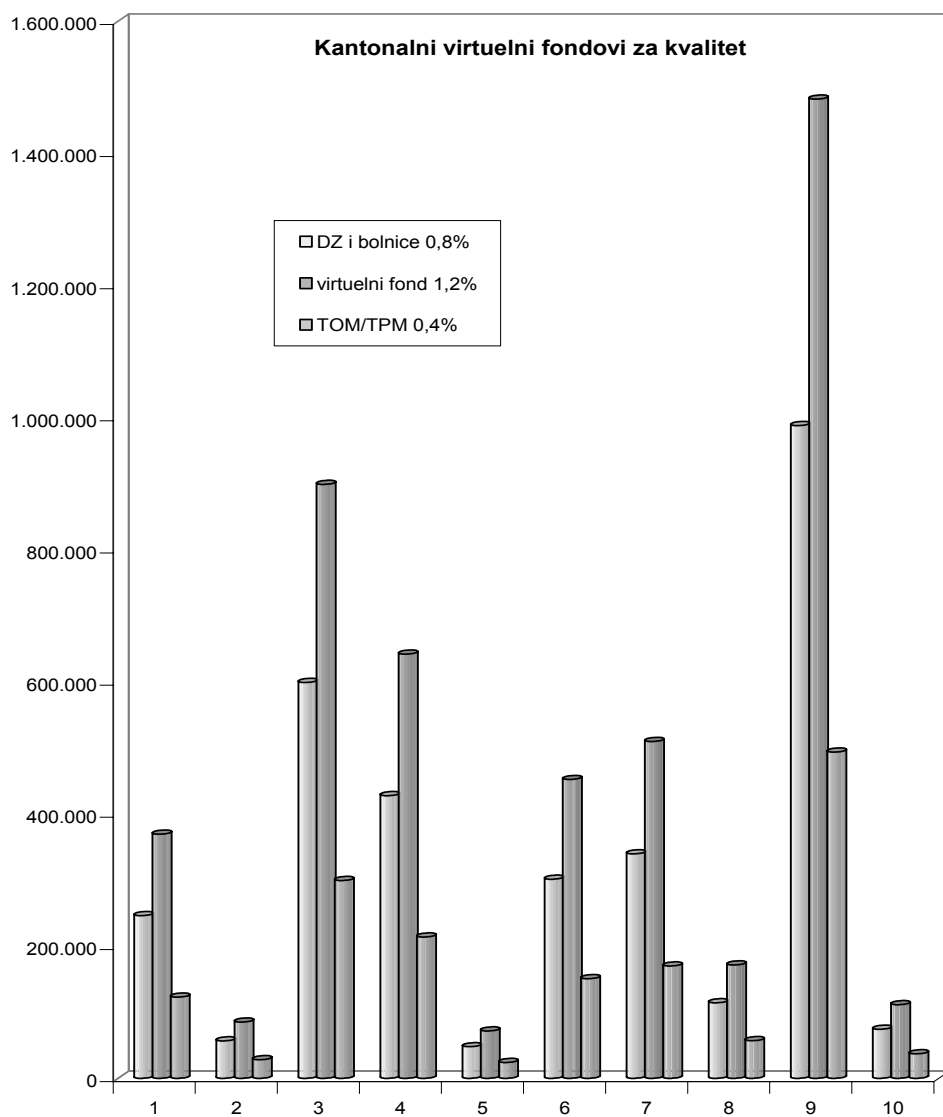
posuđenog, tj. vratiti pozajmljene poene iz unaprijeđenih kriterija tamo gdje su i pripadali. Poenta ovog obračunskog sistema leži u tome da stalno tjera na ispunjenje prethodnih (početnih) kriterija prije nego što se TOM upusti u sakupljanje poena kroz ispunjenje unaprijeđenih i terminalnih kriterija.

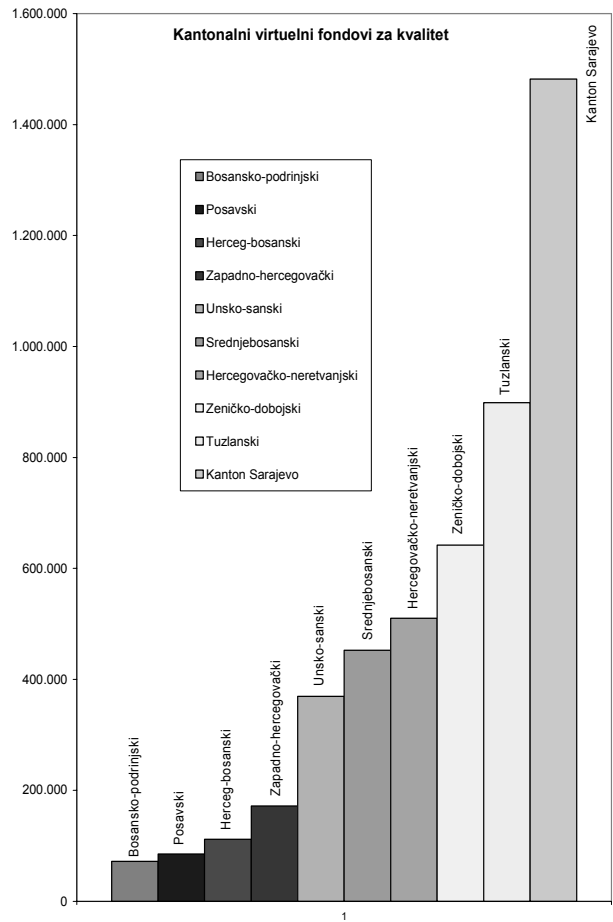
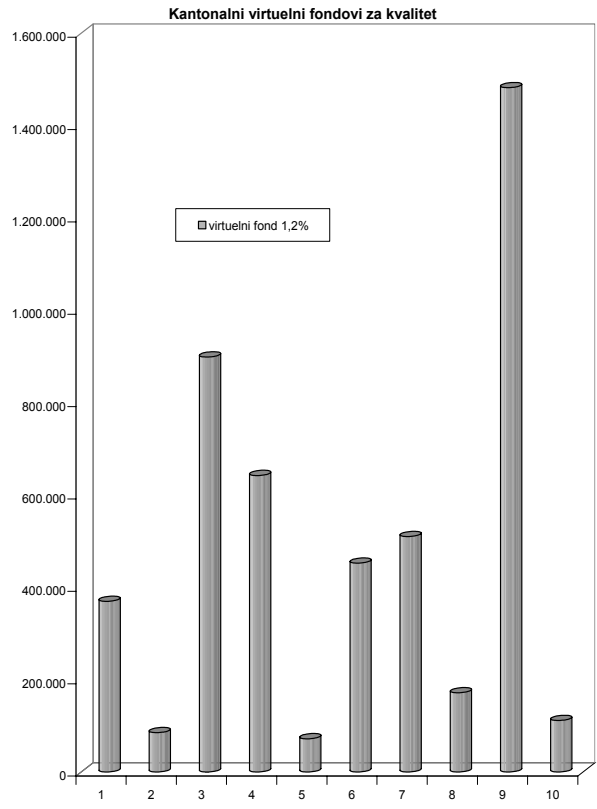
27. Na koncu, menadžment doma zdravlja je ugovorio vrijednost boda da bi se izračunale finansijske stimulacije TOM. Na primjer, jedan TOM je ostvario 1146 poena (695 poena ispunjenih početnih kriterija ili 100% + 450 poena ispunjenih unaprijeđenih kriterija ili približno 80%). Neka je, na primjer, vrijednost poena **5 KM**. Tada 1146 poena vrijedi 5732 KM, bez korekcija na dole (broj registriranih pacijenata, aktuelna prevalenca za 10 hroničnih oboljenja koja se vode kroz registre, procentualno ostvarenje uzimajući u račun minimalne i maksimalne pragove za svaki kvantitativni kriterij) i korekcije nagore (određeni bonusi). Međutim, detaljno izlaganje ove metodologije korekcija prelazi na ovom mjestu granice iznijetog konceptualnog modela.

28. Ovaj model stimulativnog finansiranja TOM upravo se testira kroz project CIDA/WHO na tri lokaliteta (DZ Tuzla, DZ Orašje i DZ Kladanj) i 9 timova. Dosadašnja iskustva veoma su ohrabrujuća, posebno što se tiče kompetitivnog momenta.

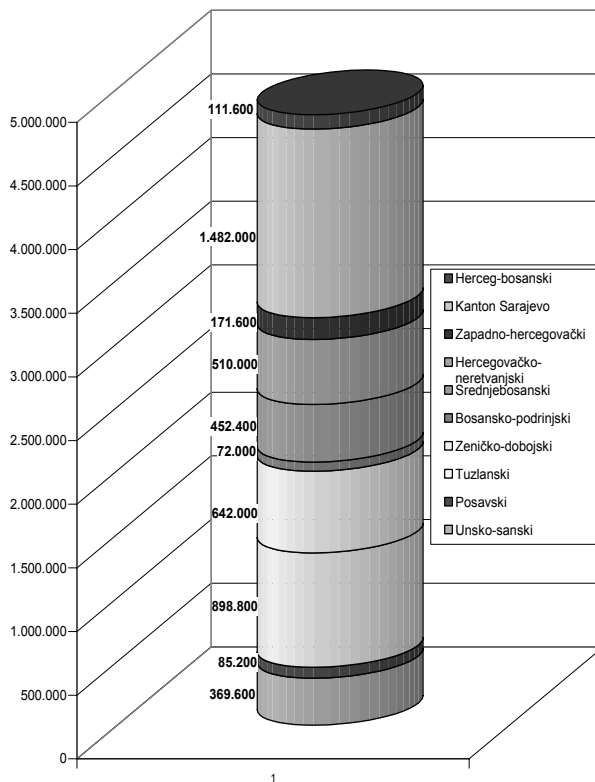
Dodatak



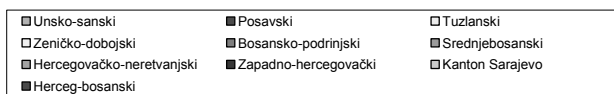
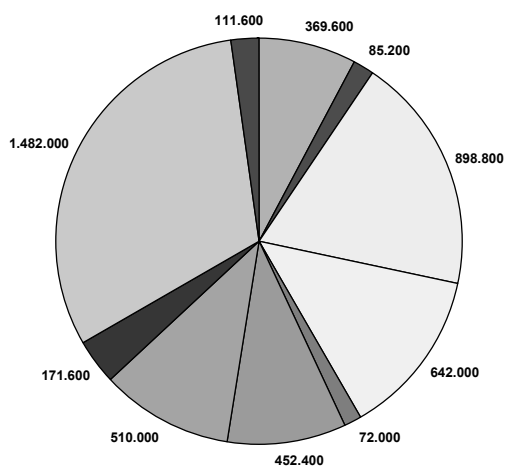


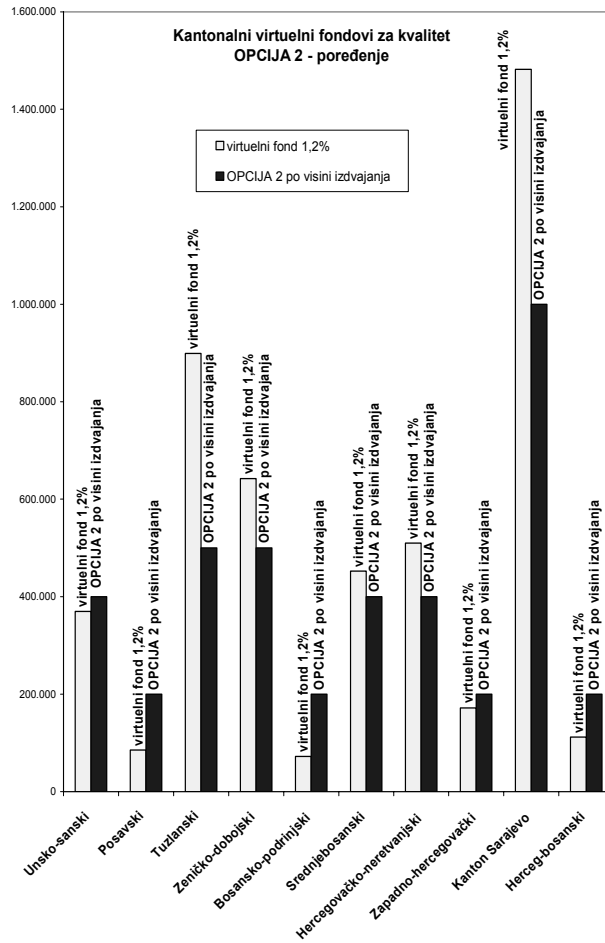


**Virtuelni fond na nivou FBiH
4.759.200 KM godišnje**

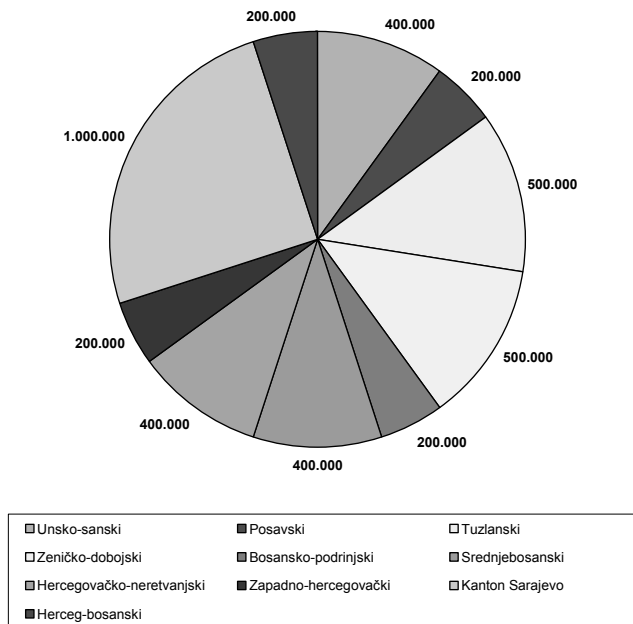


**Virtualni fond na nivou FBiH
1,2% od svih fondova**





Virtualni fond na nivou FBiH
Opcija 2



Opcija 3
Učešće FZZO i Budžeta FBiH

