

# **Специјални извјештај Здравствена заштита дјеце у БиХ**

**Бања Лука, децембар 2012.**

# САДРЖАЈ

I УВОД .....	5
II МЕТОДОЛОГИЈА .....	6
III ПРАВНИ ОКВИР .....	7
3.1. Међународни стандарди .....	7
Усклађеност законодавства БиХ са Конвенцијом о правима дјетета.....	9
3.2. Законодавство БиХ.....	10
3.2.1. БиХ.....	10
3.2.2. Федерација Босне и Херцеговине, Република Српска и Брчко Дистрикт Босне и Херцеговине.....	10
IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА .....	10
4.1. Консултациони састанци .....	11
4.1.1. Федерално министарство здравства .....	11
4.1.2. Завод за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ .....	12
4.1.3. Завод за јавно здравство ФБиХ.....	16
4.1.4. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске .....	18
4.1.5. Фонд здравственог осигурања РС.....	19
4.1.6. Институт за јавно здравство РС .....	20
4.1.7. Одјељење за здравство и остале услуге БДБиХ .....	22
4.1.8. Центри за социјални рад.....	24
Центар за социјални рад Зеница .....	24
Центар за социјални рад Бања Лука .....	25
Центар за социјални рад Бихаћ .....	25
Центар за социјални рад Мостар.....	26
Центар за социјални рад Тузла.....	26
4.1.9. Подаци установа за јавно здравство .....	27
Завод за јавно здравство ФБиХ.....	27

Институт за јавно здравство РС .....	28
Брчко Дистрикт БиХ .....	28
4.2. Истраживање на терену .....	28
4.2.1. Домови здравља .....	28
Број установа примарне здравствене заштите .....	29
Услови рада .....	29
Људски ресурси .....	30
Дјеца као корисници права на здравствену заштиту .....	31
Институционална сарадња .....	32
Препреке у раду .....	33
4.2.2. Болнице .....	33
Услови рада .....	34
Људски ресурси .....	35
Институционална сарадња .....	35
Дјеца као корисници права на здравствену заштиту .....	36
Боравак родитеља са дјецом у болницама/службама за дјецу .....	39
4.2.3. Кантонални заводи за јавно здравство ФБиХ .....	41
Имунизација дјеце .....	41
Едукација дјеце .....	41
Систематски прегледи школске дјеце .....	42
Институционална сарадња .....	45
4.3. Запажања са састанака фокус група .....	46
4.3.1. Удружења родитеља и дјеце са психофизичким потешкоћама .....	46
Специфичне забринутости .....	47
4.3.2. Представници ромског невладиног сектора .....	51
Запажања са фокус група .....	51
Специфичне забринутости .....	51
4.3.3. Удружење „Отахарин“, Бијељина .....	54

Запажања фокус групе .....	54
Специфичне забринутости .....	55
V ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА ОМБУДСМЕНА.....	55
VI ГЕНЕРАЛНЕ ПРЕПОРУКЕ.....	57
АНЕКС I.....	59
АНЕКС II.....	61
АНЕКС III .....	62
АНЕКС IV .....	70

## I УВОД

Институција омбудсмена/омбудсмана за људска права Босне и Херцеговине, Одјел за праћење права дјецe, (у даљњем тексту: Институција омбудсмена БиХ) је у сарадњи с организацијом Save the Children, у 2012. години у оквиру Пројекта „Јачање капацитета Одјела за праћење права дјецe Институције омбудсмена за људска права БиХ“ провела истраживање у области здравствене заштите дјецe у Босни и Херцеговини (БиХ), са посебном пажњом на једнак приступ и могућности остваривања здравствене заштите за свако дијете.

Омбудсмени БиХ су оцијенили да је неопходно приступити изради једне овакве анализе, у циљу добивања података и информација на основу којих се може представити реална слика тренутног стања здравствене заштите дјецe на нивоу БиХ.

Истраживање се базира на директној, усменој и писменој кореспонденцији са надлежним органима за наведену област, невладиним организацијама, као и увидом у актуелно стање установа за здравствену заштиту на нивоу кантона у Федерацији Босне и Херцеговине (ФБиХ), у Републици Српској (РС), те у Брчко Дистрикту БиХ (БД БиХ).

Омбудсмени сматрају да свако дијете у БиХ треба да има једнако право приступа и једнаке могућности у остваривању здравствене заштите, без дискриминације по било којем основу. Једнак приступ и једнаке могућности подразумевају обезбјеђење једнаких услова и прилика за сву дјецу, а за што је један од предуслова добра сарадња и координација свих надлежних органа.

Истраживање које је провела Институција омбудсмена БиХ у оквиру израде овог Специјалног извјештаја показало је да здравствена заштита дјецe у БиХ није на задовољавајућем нивоу и законодавство у овој области није у потпуности усклађено са Конвенцијом о правима дјетета, а управо овај документ представља минимум права и стандарда који би држава морала да обезбиједи сваком дјетету у БиХ. Међутим, стање у БиХ је такво да је право на здравствену заштиту дјетета условљено статусом родитеља/старатеља или се то право везује за чињеницу редовног образовања дјетета.

Израда овог извјештаја представља наставак активности Омбудсмена из 2010. године, када је израђен извјештај о дјеци са посебним потребама/сметњама у психофизичком развоју, и узимајући у обзир предмете кршења права дјецe који су регистровани у Одјелу за праћење права дјецe. Том приликом је констатовано: искуства Омбудсмена указују на то да је остваривање права дјецe најчешће уско везано са факторима као што су сиромаштво, незапосленост, политичко уређење, необразованост, одсуство статистичких података и одговарајућих развојних стратегија.

## II МЕТОДОЛОГИЈА

Израда Специјалног извјештаја истраживачког је карактера, те првенствено обухваћа анализу стања на терену. У том смислу истраживање је проведено у двије фазе, а то су:

- Анализа релевантног правног оквира, што обухваћа анализу међународних стандарда и домаћег законодавства у овој правној области.
- Анализа стања на терену проведена је уз помоћ квалитативне и квантитативне методе. Послани су упитници установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите у ФБиХ и РС, као и БД БиХ, обављени консултативни састанци са представницима надлежних установа и проведене расправе унутар фокус групе.

Прикупљање података обављено је у периоду јуни – новембар 2012. године.

Анализа правног оквира обухваћа међународне стандарде, прије свега Конвенцију УН о правима дјетета, Европску социјалну повељу, Универзалну декларацију о људским правима, Европску конвенцију о људским правима, Декларацију о унапређењу права пацијената у Европи, Стандардна правила за изједначавање могућности за лица са инвалидитетом, те законодавство у БиХ којим је уређено питање здравствене заштите дјете.

Анализа стања на терену обухваћа прикупљање података путем достављених упитника, консултативне састанке са представницима власти на нивоу ентитета ФБиХ и РС, и БД БиХ, центара за социјални рад на нивоу ентитета, као и рада у фокус групама са представницима савеза за лица са психофизичким потешкоћама и удружења родитеља и дјете са психофизичким потешкоћама, те представницима ромског невладиног сектора.

Упитници су достављени заводима за јавно здравство ФБиХ (10), домовима здравља ФБиХ (40), домовима здравља РС (28) и теренским амбулантама БД БиХ (10), болницама ФБиХ (15), болницама РС (9) и болници БД БиХ (1).<sup>1</sup>

Консултативни састанци организовани су и одржани са представницима: Федералног министарства здравства, Министарства здравља и социјалне заштите РС, Одјелења за здравство и остале услуге БД БиХ, Завода за јавно здравство ФБиХ, Института за јавно здравство РС, Завода за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ, Фонда

---

<sup>1</sup> Упитници су упућивани случајним одабиром са пописа установа здравствене заштите достављених од стране Завода за јавно здравство ФБиХ, Института за јавно здравство РС и Одјелења за здравство и остале услуге БД БиХ

здравственог осигурања РС, као и центара за социјални рад.<sup>2</sup> Коришћен је структурирани интервју унапријед израђен за потребе овог истраживања.

Одржан је консултативни састанак са шест фокус група, од којих су три били представници ромског невладиног сектора (Сарајево, Тузла, Бијелина), и три представници савеза и удружења за лица са психофизичким потешкоћама (Бања Лука, Сарајево, Мостар).

Истраживачки тим се у свим активностима у вези са израдом овог специјалног извјештаја руководио одредбама Закона о омбудсмену за људска права Босне и Херцеговине<sup>3</sup>, као и Правилима поступка Институције омбудсмена за људска права Босне и Херцеговине<sup>4</sup>, Закона о слободи приступа информацијама<sup>5</sup> и Закона о забрани дискриминације.<sup>6</sup>

### III ПРАВНИ ОКВИР

#### 3.1. Међународни стандарди

Процјена стања у области здравствене заштите дјете у БиХ извршена је на основу начела и стандарда утврђених у међународним конвенцијама које се директно примјењују у домаћем правном систему, посебно **Конвенцији УН о правима дјетета**<sup>7</sup> и **Европској социјалној повељи**<sup>8</sup> и другим међународним документима.

Право на највиши стандард здравствене заштите дјете уређено је чланом 24. Конвенције УН о правима дјетета, као основних и универзалних међународних докумената у области заштите права дјетета.

Чланом 24. **Конвенције УН о правима дјетета** прописана је обавеза држава странака да *признају дјетету право на уживање највишег могућег нивоа здравља и на олакшице у погледу оздрављења и опоравка. Државе странке настојаће да обезбиједи да ниједном дјетету не буде ускраћено његово право приступа здравственим службама.*

*Државе странке залагаће се за пуно остварење тог права и нарочито предузимати одговарајуће мјере у циљу:*

---

<sup>2</sup> Види Анекс I

<sup>3</sup> „Службени гласник БиХ“, број: 19/02, 35/04, 32/06 и 38/06

<sup>4</sup> „Службени гласник БиХ“, број: 104/11

<sup>5</sup> „Службени гласник БиХ“, број: 28/00, 45/06, 102/09 и 62/11; „Службене новине ФБиХ“, број: 32/01;

„Службени гласник РС“, број: 20/01

<sup>6</sup> „Службени гласник БиХ“, број: 59/09

<sup>7</sup> Отворена за потписивање, ратификовање и приступање резолуцијом Генералне скупштине УН 44/25, 20.11.1989. године, а на снагу ступила 02.09.1990. године, након што ју је ратификовало 20 држава. БиХ је нотификацијом о сукцесији преузела Конвенцију 23.11.1993. године.

<sup>8</sup> Савјет Европе ју је 18.10.1961. године отворио за потписивање, ступила је на снагу 1965., ревидирана 1996. године. БиХ је ратификовала ревидирану Европску социјалну повељу у октобру и децембру 2008. године. Европска социјална повеља (ревидирана) објављена је у Међународним уговорима број 6/08.

*а) смањења смртности новорођенчади и дјеце;*

*б) пружања потребне здравствене помоћи и здравствене његе сваком дјетету, са тежиштем на јачању примарне здравствене заштите;*

*ц) сузбијања болести и неисхрањености у оквиру примарне здравствене заштите примјеном лако доступне технологије, те обезбјеђењем одговарајуће хранљиве прехране и прочишћене питке воде, имајући на уму опасности и ризике од загађености околиша.*

*д) обезбјеђења пренаталне и постнаталне здравствене заштите мајки;*

*е) пружања обавјештења о образовању и помоћи у коришћењу основних спознаја о дјечијем здрављу и прехрани, предностима дојења, личној хигијени и чистоћи околиша те спречавању незгода свим слојевима заједнице, посебно родитељима и дјеци;*

*ф) развоја превентивне здравствене заштите, савјетовалишта за родитеље те образовања и служби за планирање породице.*

*Државе странке предузеће дјелотворне и одговарајуће мјере за сузбијање традиционалних поступака који штете здрављу дјеце.*

*Државе странке обавезују се да ће промовисати и подржавати међународну сарадњу у циљу постизања пуног остварења права признатих у овом члану. С тим у вези, посебна пажња биће посвећена земљама у развоју.<sup>9</sup>*

БиХ се ратификовањем **Европске социјалне повеље** обавезала да ће обезбиједити, између осталог, имплементацију одредби Повеље које се директно тичу остваривања права на здравствену заштиту, остваривања права из здравственог осигурања и успостављања доступног и ефикасног система примарне здравствене заштите становништва, као и одредби које утврђују да се посебна пажња мора посветити осјетљивим групама становништва, у које спадају и дјеца.<sup>10</sup>

**Универзална декларација о људским правима** гарантује право на стандард живота који обезбјеђује здравље.<sup>11</sup>

Према **Декларацији о унапређењу права пацијената у Европи** свако има право да га се поштује као људско биће, свако има право на очување физичког и менталног интегритета и заштиту своје личности, свако има право на поштовање својих моралних и културних вриједности те вјерских и филозофских увјерења, једнако као и на највећу могућу заштиту свог здравља.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> Члан 24, Конвенција УН о правима дјетета

<sup>10</sup> Чланови 11, 12. и 13, Европска социјална повеља

<sup>11</sup> Члан 25, Генерална скупштина УН усвојила 1948. године

<sup>12</sup> Декларација (Амстердам 1994) заснована је на Универзалној декларацији о људским правима, Међународном пакту о грађанским и политичким правима, Међународном пакту о економским, социјалним и културним правима, Европској конвенцији о људским правима и основним слободама и Европској социјалној повељи (све је документе ратификовала БиХ)



Обезбјеђење ефикасне здравствене заштите лицима са инвалидитетом **садржано је у Стандардним правилима за изједначавање могућности за лица са инвалидитетом** у дијелу који се односи на здравствену заштиту.<sup>13</sup>

### **Усклађеност законодавства БиХ са Конвенцијом о правима дјетета**<sup>14</sup>

Према анализи постоји низ препрека за остваривање права на приступ здравственој заштити и често се од дјете захтијева да испуне различите административне процедуре, као што су доношење потврда о похађању школе, о здравственом осигурању родитеља и сл. Ове процедуре су у супротности са одредбама Конвенције, којом се уређује питање здравствене заштите, а та заштита мора да буде обезбијеђена сваком дјетету до 18 година старости. У БиХ је и даље присутна појава да се дјети приступ праву на здравствену заштиту условљава захтјевом да један од родитеља има статус здравственог осигураника, чиме је велики број дјете искључен из здравствене заштите. На ово посебно утичу и рокови у законодавству о здравственој заштити, чијим пропуштањем и родитељи остају ускраћени за здравствену заштиту. У посљедње двије године предузети су напори у циљу одвајања здравствене заштите дјете од статуса њихових родитеља, али опет са старосним ограничењем дјетета, и то од 15 година. Очито да је законодавац ову доб дјетета одабрао везавши је за основно образовање, које је по закону обавезно. На овај начин се и даље крши Конвенција о правима дјетета, која дјететом сматра свако лице до узраста од 18 година. Иако је законодавством учињен одређени напредак, у пракси је присутан проблем и код трудница, које често након порога не могу с бебом да напусте болницу ако нису здравствено осигуране или рачун за пород и постпорођајни третман није плаћен. Посљедица тога је да су жене (посебно Ромкиње) принуђене на различите злоупотребе као што је одлазак на пород са здравственом књижицом друге жене као доказ да се ради о здравственом осигуранику. Ово за собом повлачи проблеме код уписа дјете у матичне књиге.

Одређени помаци постоје код превенције ХИВ/АИДС-а у сегменту организовања тестирања на ХИВ/АИДС и јавних кампања, које углавном организују или подржавају УНИЦЕФ и УНФПА. Нажалост, и даље се не чини довољно у превенцији конзумације алкохола, цигарета и дрога међу адолесцентима, а раширено је без значајнијих рестрикција рекламирање алкохола и дрога у јавности. Разједињеност система здравствене заштите и недовољна координација у области здравља од стране Министарства цивилних послова БиХ у значајној мјери доприносе лошем приступу здравственој заштити дјете у БиХ.

---

<sup>13</sup> Правило 2. Стандардна правила за изједначавање могућности за лица са инвалидитетом. Генерална скупштина УН усвојила 1993. године. Савјет министара БиХ прихватио је исто својом Одлуком од 30.09.2003. године.

<sup>14</sup> Обрађено у *Анализа усклађености законодавства Босне и Херцеговине са Конвенцијом о правима дјетета*, Институција омбудсмана за људска права Босне и Херцеговине, новембар 2009. године, стр. 121

## 3.2. Законодавство БиХ

### 3.2.1. БиХ

Према Уставу БиХ надлежност за здравствену заштиту је на нивоима ентитета и БД БиХ, док **Министарство цивилних послова** сходно Закону о министарствима и другим органима управе Босне и Херцеговине има координишућу улогу и врши усклађивање планова ентитетских органа власти те дефинисање стратегије на међународном плану у подручју здравства и социјалне заштите.<sup>15</sup>

### 3.2.2. Федерација Босне и Херцеговине, Република Српска и Брчко Дистрикт Босне и Херцеговине

Питање здравствене заштите дјецe на нивоу ентитета ФБиХ и РС, као и на нивоу БД БиХ регулисано је сљедећим законима: Законом о здравственој заштити<sup>16</sup>, Законом о здравственом осигурању<sup>17</sup>, Законом о заштити становништва од заразних болести<sup>18</sup>.

Према Уставу ФБиХ питање уређења здравствене заштите је у оквиру подијељене надлежности између федералне и кантоналне власти, те су из тог разлога одређене нормативне акте из ове области донијела оба нивоа власти.<sup>19</sup>

У РС се на сличан начин као и у ФБиХ уређује систем здравствене заштите, као и систем обавезног и проширеног осигурања, права на осигурање, права из осигурања, начин њиховог остваривања и принципи приватног здравственог осигурања.<sup>20</sup>

Као и у ентитетима, на нивоу БД БиХ уређује се начин организовања и провођења здравствене заштите.<sup>21</sup>

## IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

---

<sup>15</sup> Члан 15, „Службени гласник БиХ“, број: 5/03, 42/03, 26/04, 42/04, 45/06, 88/07, 35/09 и 59/09

<sup>16</sup> Види чланове 3, 11, 26, 33, 34, 94 и 116, „Службене новине ФБиХ“, број: 46/10;

Види чланове 7, 8, 9 и 66, „Службени гласник РС“, број: 106/09;

Види чланове 8, 21, 44, 45, 51 и 99 „Службени гласник Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине“, број: 38/11

<sup>17</sup> Види чланове 19, 20, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 86 и 90, „Службене новине ФБиХ“, број: 30/97, 7/02, 70/08 и 48/11;

Види чланове 2, 3, 7, 10, 14, 16, 19, 21, 22, 28, 44 и 45, „Службени гласник РС“, број: 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 01/09, 106/09;

Види чланове 19 и 21 „Службени гласник Брчко Дистрикта БиХ“, број: 1/02, 7/02, 19/07, 2/08 и 34/08

<sup>18</sup> „Службене новине ФБиХ“, број 29/05;

„Службени гласник РС“, број: 125/04;

<sup>19</sup> Идем, стр. 115 - 116

<sup>20</sup> Идем, стр. 116-117

<sup>21</sup> Идем, стр. 117

#### 4.1. Консултациони састанци

У циљу добивања одговора на питање колико се у пракси заправо примјењују законски прописи и стандарди у погледу здравствене заштите дјеце у БиХ, истраживачки тим Институције омбудсмена обавио је консултационе састанке са представницима министарстава на нивоу ентитета ФБиХ и РС, те БДБиХ, представницима Завода за јавно здравство ФБиХ, Института за јавно здравство РС, Завода за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ, Фонда здравственог осигурања РС и центрима за социјални рад Бања Лука, Бихаћ, Мостар, Тузла и Зеница.

Поред одржаних састанака, са циљем свеобухватнијег прикупљања података, Завод за јавно здравство ФБиХ, Институт за јавно здравство РС и Одјељење за здравство и остале услуге БД БиХ за потребу израде Извјештаја доставили су додатне релевантне информације којима су располагали.

##### 4.1.1. Федерално министарство здравства

Федерално министарство здравства (у даљњем тексту: ФМЗ) има надлежност у доношењу прописа, стратегија и координације.<sup>22</sup> Један од значајнијих докумената поред законске регулативе је Стратегија развоја примарне здравствене заштите. Сврха наведеног документа је да допринесе развоју примарне здравствене заштите у Босни и Херцеговини. У њој је дефинисана примарна здравствена заштита, њена организација, заштита и јачање, стратешки документи и циљеви те, између осталог, Препоруке за израду стратегије људских ресурса. ФМЗ доноси и есенцијалну листу лијекова у ФБиХ, али она се примјењује зависно од материјалне могућности кантона, јер кантони располажу средствима за ову намјену. Исто вриједи и за ортопедски додатак и породилско одсуство.

*есенцијална листа лијекова  
примјењује се зависно од  
материјалних могућности  
кантона*

У циљу добијања прецизнијих информација о проблемима са којима се суочава ФМЗ у имплементацији одредаба Закона о здравственој заштити ФБиХ и Закона о здравственом осигурању и реосигурању ФБиХ којима је, између осталог, регулисана здравствена заштита и здравствено осигурање дјеце у ФБиХ, обављени су разговори са представницима ФМЗ. Нажалост, у ФБиХ Закон о социјалном осигурању ФБиХ<sup>23</sup> још увијек није донесен.

Информације добијене током разговара указују на постојање великих пропуста у раној доби раста и развоја дјеце, посебно дјеце узраста 0-3 године. Такође, велики постотак дјеце не похађа предшколско образовање, те је због пропуста у том периоду раста и

<sup>22</sup> Закон о федералним министарствима и другим органима федералне управе, члан 14. „Службене новине ФБиХ“, број: 58/02,19/03,38/05,2/06 и 61/06

<sup>23</sup> Према Закону о здравственом осигурању ФБиХ, члан 1, здравствено осигурање, као дио социјалног осигурања грађана, чини јединствени систем у оквиру кога грађани улагањем средстава, на принципима солидарности, обавезно у оквиру кантона обезбјеђују остваривање права на здравствену заштиту и друге облике осигурања.

развоја дјетета касније потребно интервенисање у циљу отклањања насталих потешкоћа а које су се могле отклонити или превенирати да су биле откривене у ранијој фази.

У вези с тим су у БиХ на нивоу ентитета усвојени документи „Политика за унапређење раног раста и развоја дјете у ФБиХ“, коју је усвојила Влада ФБиХ 11.05.2011. године, и „Политика унапређења раног раста и развоја дјете у Републици Српској за период 2011. – 2016“, коју је усвојила Влада РС 24.03.2011. године. Циљ наведених Политика је обезбјеђење оптималних услова за правилан раст и развој дјете у БиХ, да би сваком дјетету било омогућено квалитетно дјетињство и потицај за развој свих његових потенцијала. У истим је наведено да сваки период живота дјетета има своје специфичности које траже одговарајуће мјере и активности те је с тим у вези интерсекторско дјеловање усмјерено на популационе групе које подразумијевају будуће родитеље, труднице и породиље, породице са дјецом и дјецу од 0 до 3 године, 3 до 6 година и 6 до 10 година.

Представници ФМЗ посебно су истакнули да је потребно међусобну сарадњу свих сектора здравства унаприједити и побољшати, јер досадашња искуства показују да сектори између себе сарађују, али да та сарадња није довољна нити је ефикасна.

#### **4.1.2. Завод за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ**

Завод здравственог осигурања и реосигурања ФБиХ (ЗЗО) је изванбуџетски фонд уписан као јавна установа код надлежног суда за регистрацију, на основу Закона о здравственом осигурању и Одлуке о почетку рада Завода здравственог осигурања и реосигурања ФБиХ.<sup>24</sup> Дјелатност ЗЗО уређена је наведеним Законом о здравственом осигурању, а односи се на обављање послова вођења евиденције у области обавезног здравственог осигурања, обезбјеђења вођења јединственог информационог система обавезног здравственог осигурања, праћења политике провођења и унапређивања обавезног здравственог осигурања и координисања рада кантоналних завода осигурања у том домену, планирања и прикупљања средстава Федералног фонда солидарности, обављања послова у вези са израдом обрачуна средстава Федералног фонда солидарности по намјенама са извјештајем, обављања послова у вези са израдом обрачуна укупних средстава остварених и утрошених у здравству ФБиХ са извјештајем, обављање послова израде међународних уговора о социјалном осигурању у дијелу који се односи на обавезно здравствено осигурање, обављање послова у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања.<sup>25</sup>

Право на обавезно здравствено осигурање имају лица у радном односу и друга лица која врше одређене дјелатности или имају одређена својства, као и чланови породица осигураника. Према Закону о здравственом осигурању обавезним здравственим

<sup>24</sup> Извјештај о ревизији финансијских извјештаја Завода здравственог осигурања и реосигурања ФБиХ, за 2010. годину, број: 05-2/11, Сарајево, април 2011.

<sup>25</sup> Закон о здравственом осигурању, члан 100

осигурањем обезбјеђује се осигураницима здравствена заштита, накнада плата, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите, а члановима породице осигураника здравствена заштита и накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите. Ради обезбјеђења права из здравствене заштите односно обима права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, законодавни орган кантона може увести и проширено здравствено осигурање.

Закон о здравственом осигурању, члан 19. прописује која лица се сматрају осигураницима. Што се тиче дјеце, осигураници су дјеца која су навршила 15 година, односно старији малолетници до 18 година живота, а нису завршили основно школовање или се по завршетку основног школовања нису запослили, ако су се пријавили заводу за запошљавање, и дјеца од рођења, као и дјеца за вријеме редовног школовања у основним и средњим школама, односно студирања на вишим и високим школама те универзитетима, која су држављани БиХ са пребивалиштем на територији ФБиХ, а нису здравствено осигурани као чланови породице осигураника, али најдуже до навршене 26. године живота.

Посебан осврт разговора са представницима ЗЗО односио се на одредбе Закона о здравственом осигурању и реосигурању ФБиХ, које се односе на мандат ЗЗО, обавезно здравствено осигурање, плаћање партиципације, превентивне програме за унапређење здравља дјеце и лијечење дјеце у иностранству и на питање годишње премије здравственог осигурања (маркица). У складу са члановима 91. и 94. Закона о здравственом осигурању обавезно здравствено осигурање и реосигурање организује се и проводи у оквиру ФБиХ. Чланом 92. закона је, између осталог, прецизирано да Парламент ФБиХ одлуком утврђује ризике који се обавезно реосигуравају, а чланом 93. наведеног закона да се од средстава остварених премија за реосигурање код Федералног завода образује Фонд реосигурања за ФБиХ.

У ФБиХ, односно између кантона појављују се разлике у плаћању партиципације осигураних лица приликом остваривања одређених здравствених услуга. Кантони имају слободу да одреде висину партиципације, приликом чега морају пазити на социоекономски минимум.<sup>26</sup>

Посебно су навели да се мора водити рачуна о томе да су дјеца изузета од партиципације. На основу члана 90. Закона о здравственом осигурању дјеца до навршене 15. године живота, односно старији малолетници до 18 година живота и лица након навршених 65 година, који нису здравствено осигурани по другом основу, ослобођени су плаћања средстава личног учешћа осигураних лица приликом коришћења здравствене заштите.

На основу претходно наведеног члана закона, донесена је Одлука о максималним износима непосредног учешћа осигураних лица у трошковима коришћења појединих

---

<sup>26</sup> Закон о здравственом осигурању ФБиХ, члан 90

видова здравствене заштите; у основном пакету здравствених права одређују се лица која су ослобођена.<sup>27</sup>

Иако федерална Одлука о партиципацији предвиђа учешће осигураника по пруженој здравственој услузи, неки кантони су то лично учешће у трошковима лијечења организовали кроз годишње премије или годишње маркице у износима који се крећу од 15 до 30 КМ, зависно од кантона (Унско-сански 15 КМ, Тузлански 16 КМ, Средњобосански 25 КМ, Херцеговачко-неретвански 20 КМ, Западнохерцеговачки 20 КМ, Кантон 10 30 КМ). У тим кантонима осигураник је обавезан до марта текуће године уплатити годишњу премију/маркицу да би био у стању да овјери здравствену књижицу. Уколико осигураник не уплати годишњу маркицу у прописаном року, он ће плаћати учешће по свакој пруженој здравственој услузи.<sup>28</sup>

Представници ЗЗО мишљења су да у наведеним кантонима дјечи не наплаћују маркицу, што се не подудара са информацијама добивеним од претходно наведених завода здравственог осигурања.<sup>29</sup>

Према Закону о здравственој заштити свим осигураницима ће се обезбиједити једнаки услови, односно свима онима који се финансирају из Фонда солидарности. Законом о измјенама и допунама Закона о здравственом осигурању у оквиру Федералног завода образован је Фонд солидарности ФБиХ, у циљу остваривања једнаких услова за провођење обавезног здравственог осигурања у свим кантонима за приоритетне вертикалне програме здравствене заштите од интереса за ФБиХ, као и за пружање приоритетних најсложенијих облика здравствене заштите из одређених специјалистичких дјелатности. Формирањем Фонда солидарности проширена је дјелатност Федералног завода. Средства Федералног фонда солидарности обезбјеђују се из доприноса за обавезно здравствено осигурање, Буџета ФБиХ и других извора у складу са законом и одлуком Владе ФБиХ.<sup>30</sup>

Интенција ЗЗО је да свој дјечи обезбјеђују здравствене услуге по програмима на основу једнакости. Такође, води се рачуна о гравитационој припадности дјетета. Сва су дјеца осигурана до 15., односно до 18. или 26. године уколико се налазе на редовном школовању.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> „Службене новине ФБиХ“, број: 21/09

<sup>28</sup> Rights for all, Водич за остваривање права из здравствене заштите, март 2011.

<sup>29</sup> Истраживачки тим Институције омбудсмена телефонски је контактирао кантоналне заводе здравственог осигурања са циљем добивања информација да ли су у њиховим кантонима дјеца изузета од плаћања годишње маркице

<sup>30</sup> Извјештај о ревизији финансијских извјештаја Завода здравственог осигурања и реосигурања ФБиХ, за 2010. годину, број: 05-2/11, Сарајево, април 2011.

<sup>31</sup> Закон о здравственој заштити ФБиХ, члан 12. тачка 8.

Такође, дијете индиректно путем права која су дефинисана за жену-трудницу прије рођења остварује одређена права. Као примјер је наведена ситуација ако се код мајке појаве компликације у трудноћи, има право на накнаду 100% плаће.<sup>32</sup>

Уколико дијете прекине школовање због болести, има право на здравствено осигурање.<sup>33</sup>

Завод поред осигурања и реосигурања реализује и превентивне програме који се односе на:

- унапређење оралног здравља
- имунизацију
- куповину и набавку апарата и тракица за мјерење шећера.

Заштита становништва од заразних болести остварује се мјерама за спречавање и сузбијање заразних болести које могу бити опште, посебне и остале мјере. Опште и посебне мјере проводе се у складу са програмима које доноси федерални министар, односно надлежни кантонални министар на приједлог стручног савјетодавног органа, ЗЗО односно кантоналних завода који имају обавезу да прате и испитују епидемиолошку ситуацију у погледу заразних болести у складу са законом, прихваћеним међународним споразумима и програмима Свјетске здравствене организације. Програми морају да садржавају мјере за спречавање и сузбијање заразних болести, њихове извршиоце, рокове имплементације и изворе средстава за њихово провођење.<sup>34</sup> Обавеза ФБиХ је финансирање набавке вакцина по потврђеном програму који се доноси за сваку годину. Вакцинација је поступак контролисаног стварања заштите од инфективне болести.

ЗЗО финансира уградњу пејс-мејкера код болести инвазивне кардиологије, код трансплантационе медицине (коштана срж, матичне станице), код ортопедије финансира имплантанте који знају бити веома скупи, вјештачку пужницу за глухонијему дјецу, те замјену слушно-говорних процесора старијих од 7 година. Догађа се да дјеца оболе од мултиплекс склерозе и хепатитиса, што се сматрају болестима одраслих, и у таквим случајевима имају искључиву предност у односу на одрасле.

Сачињен је попис болести за обољења која се не могу лијечити у Босни и Херцеговини. На примјер, алогена трансплантација врши се само у иностранству. Што се тиче болести дјечије онкологије и кардиохирургије, само се најсложенији случајеви шаљу у иностранство.

---

<sup>32</sup> Закон о здравственом осигурању ФБиХ, члан 47.

<sup>33</sup> Закон о здравственом осигурању ФБиХ, члан 19.

<sup>34</sup> Закон о заштити становништва од заразних болести, члан 9.

Дјеца су ослобођена плаћања партиципације за лијечење болести у иностранству у установама са којима ЗЗО има уговор. Трошкове у потпуности сноси ЗЗО. Лијечења у иностранству веома су скупа, посебно споменуто алогена трансплантација, а резултати су нажалост неизвјесни. Трошкове за пратиоца дјетета сноси Завод искључиво ако исти одобри пратњу интерном Одлуком Завода.

Федералним средствима није предвиђено сношење трошкова ране аминокинтезе као превентивне мјере раног откривања Дауновог синдрома. Ова услуга је обезбијеђена у Кантону Сарајево, док за друге кантоне информације нису доступне.

Из ЗЗО добивене су додатне информације да дјеца из студентских бракова имају право на обавезно здравствено осигурање, што је прије представљало велики проблем. Дјеца се након завршеног основног школовања, које је обавезно, могу да пријаве на завод за запошљавање, те је напоменуто да је укинут рок од 30 дана који је прије стварао проблеме, те су дјеца остајала неосигурана због пропуштања рока за пријаву.

Кључни проблем у области здравственог осигурања је недостатак средстава, посебно за болничке листе лијекова.

#### 4.1.3. Завод за јавно здравство ФБиХ

Завод за јавно здравство ФБиХ (у даљњем тексту: ЗЗЈЗ) је здравствена установа за обављање јавноздравствене дјелатности на територији Федерације. Ова установа предлаже и проводи статистичка истраживања у сврху праћења, процјене и анализе здравственог стања становништва, врши организацију здравствене заштите, укључујући планирање, предлагање, праћење и евалуацију специфичне здравствене заштите младих у основним и средњим школама и на факултетима.<sup>35</sup> Разговор са представницима ЗЗЈЗ базира се на усклађености законских прописа и норми са праксом, као и најчешћим потешкоћама и проблемима који се појављују у ЗЗЈЗ.

*дјеца су ослобођена плаћања партиципације за лијечење болести у иностранству у установама са којима Завод за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ има уговор*

ЗЗЈЗ не врши надзор над радом домова здравља и болница. Законом је одређено да ЗЗЈЗ врши координисање, али не санкционисање. Улогу санкционисања имају надлежна министарства. Контролу остварују кроз систем извјештавања, мрежу, кадар и пружене услуге. Здравствена инспекција врши контролу над радом домова здравља и болница гдје се предвиђају и новчане казне ако се не поступа у складу са законом. Према пракси, приватници не поступају у складу са законом. Контролом се баве и санитарне инспекције које контролишу здравствене установе и санитарни преглед особља. ЗЗЈЗ прати и оцјењује здравствено стање запосленика на изворима јонизирајућег зрачења,

<sup>35</sup> Закон о здравственој заштити, члан 115-117



прати и оцјењује радиолошку исправност воде, намирница и грађевинског материјала, те врши мониторинг радиоактивности биосфере.<sup>36</sup>

Мишљење представника ЗЗЈЗ је да у циљу обезбјеђења једнаког приступа здравственој заштити свој дјечи у ФБиХ морају се предузети мјере да би се обезбиједило да листе са есенцијалним лијековима буду једнообразне како на кантоналном тако и на федералном нивоу. ЗЗЈЗ у оквиру свог дјеловања не бави се правима дјеце на коришћење ортопедских помагала те колико су она у складу са прописаним законом.

Појављују се проблеми у пракси који укључују да се право на здравствену заштиту углавном даје дјечи до 15 година, а од 15 до 18 година дјечи која се редовно школују и да дјеца из породица које се често селе имају отежан приступ здравственој заштити. Чињеница да осигураник већи дио права остварује на кантоналном нивоу и да права нису преносива негативно се одражава на грађане који, због тога што су у статусу интерно расељена лица или су због економско-социјалних услова принуђени да интерно мигрирају, имају проблем у остваривању права на здравствену заштиту и здравствено осигурање.

Према информацијама којима располаже ЗЗЈЗ, у Федерацији БиХ 16% је неосигураних лица. Здравствени радници примају пацијенте који нису осигурани, међутим, приликом куповине лијекова јављају се проблеми код неосигураних лица. Пракса је да се дјеца обавезно приме и да им се пруже здравствене услуге без обзира на здравствено осигурање.

У разговору са представницима ЗЗЈЗ изнесено је мишљење да би праћење раста и развоја дјеце до 15 година требало да буде у надлежности педијатара. Стратегија развоја примарне здравствене заштите јесте да педијатар остаје у праћењу раста и развоја дјеце, а у срединама гдје нема педијатра није неопходно да мора постојати<sup>37</sup> и да би педијатар требало да лијечи дјецу до предшколског узраста обавезно, а у школском узрасту да постоји превентивно. Представници ЗЗЈЗ сматрају да сва дјеца на нивоу ентитета имају једнака права у лијечењу, укључујући доступност бесплатним лијековима који се налазе на примарним листама, с тим што се примарне листе разликују између кантона и у директној су зависности од економске могућности кантона. У коначници ово резултира да дјеца с обзиром на територијалну (кантоналну) припадност ипак немају једнак приступ лијековима јер листе са есенцијалним лијековима нису идентичне.

Представници ЗЗЈЗ истакнули су да сва дјеца на нивоу Федерације/кантона могу остварити психосоцијалну подршку у центрима за ментално здравље а који се успостављају у оквиру примарне здравствене заштите. Центар за ментално здравље организује се као дио дома здравља.<sup>38</sup> Ипак, представници ЗЗЈЗ истакнули су да им није

---

<sup>36</sup> Закон о здравственој заштити, члан 116

<sup>37</sup> Стратегија развоја примарне здравствене заштите, Федерално министарство здравства, стр.20

<sup>38</sup> Закон о здравственој заштити, члан 88.

познато колико је ефикасан успостављени систем психосоцијалне подршке дјечи, односно јесу ли ангажовани психолози у домовима здравља с обзиром на тешку финансијску ситуацију у земљи. Тако је као примјер наведено да према законом утврђеном моделу у свим домовима здравља би требало да постоји тим од 5 људи који би радили са дјецом, а истовремено Кантон Сарајево има само 2 логопеда у Дому здравља и Клиничком центру и само у оквиру Клиничког центра у Сарајеву постоји Одјел адолесцентне психијатрије. Очито да потребе обезбјеђења система здравствене заштите дјече нису биле праћене јачањем људских и финансијских капацитета за ову намјену. ЗЗЈЗ сарађује са свим нивоима здравствене заштите док је најуспјешнија сарадња са УНИЦЕФ-ом, посебно у сегменту доношења политика и истраживања. За раднике ЗЗЈЗ организују се програми јачања капацитета кроз едукације. Када се говори о превентивном дјеловању у области здравствене заштите дјече, свакако је значајан фокус на питању прехране дјече. Представници ЗЗЈЗ истичу да на нивоу ФБиХ није направљен јеловник здраве прехране за јаслице и обданишта. Реализују се одређене ад хок активности, као што је едукација дјече у основним и средњим школама о здравој прехрани, превенцији претилости у оквиру које је урађен и Водич о здравој исхрани за родитеље, дјецу и службе у школама. Ова активност је реализована уз помоћ Градске управе Града Сарајева.

#### **4.1.4. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске**

Анализа уживања права на здравствену заштиту дјече у РС базира се на информацијама добијеним од Министарства здравља и социјалне заштите РС (у даљњем тексту: МЗРС) и укључује информације о једнакости права у лијечењу на нивоу ентитета РС, начину остваривања права на здравствену заштиту на нивоу ентитета РС и остваривање психосоцијалне подршке дјечи. Према Закону о министарствима РС, МЗРС врши управне и друге стручне послове који се односе на очување и унапређење здравља грађана и праћење здравственог стања и здравствених потреба становништва; систем здравствене заштите; организацију здравствене заштите у свим условима; стручно усавршавање и специјализацију здравствених радника; здравствену инспекцију; организацију надзора над стручним радом здравствених установа; здравствено осигурање и осигурање здравствене заштите из јавних прихода; производњу и промет лијекова, отрова и опојних дрога, медицинске опреме и медицинских помагала; здравствену исправност воде, животних намирница и предмета опште употребе; инспекцијски надзор у санитарној области, систем социјалне заштите; друштвену бригу о породици и дјечи; дјелатност друштвених организација и удружења грађана у социјално-хуманитарној области; пружање информација путем медија и других видова информисања о свом раду и врши друге послове у складу са законом и другим прописима РС и БиХ.<sup>39</sup>

Према информацијама добивеним од МЗРС, сва дјеча на нивоу РС имају једнака права у лијечењу, имају право на здравствену заштиту, а једини услов за остваривање овог

<sup>39</sup> Закон о министарствима, члан 11, “Службени гласник РС“, број: 70/02,33/04,118/05 и 33/06

права је да родитељ пријави дијете у Фонд здравственог осигурања. Истовремено, представници МЗРС сматрају да се раст и развој дјеце до 15 година не мора нужно препустити педијатрима, те да је лијечење дјеце у узрасту до 15 година у амбулантама породичне медицине адекватно рјешење, те да је родитељима дата могућност избора да се дијете може лијечити или код педијатра или код породичног љекара. Према информацијама добијеним из МЗРС, постоје прописи према којим је свој дјечи у РС загарантовано право на коришћење ортопедских помагала и да сва дјеца могу остварити психосоцијалну подршку у оквиру центра за ментално здравље који има успостављену сарадњу са центрима за социјални рад и домовима за дјецу без родитељског старања. Истовремено, у болницама, педијатријски одјели имају психологе за дјецу, рехабилитаторе говора, слуха а било би пожељно да у оквиру Клиничког центра у Бањој Луци постоји Одјел адолесцентне психијатрије. Највећи проблем представља недостатак кадра, односно мало је дјечијих психијатара. У оквиру система здравствене заштите у РС је успостављена сарадња на свим нивоима здравствене заштите, а предузимају се даљње мјере у циљу унапређења како хоризонталне, тако и вертикалне сарадње.

Када је у питању план организовања посебних капацитета при болницама намијењеним дјечи са комбинованим сметњама, односно дјечи адолесцентске доби која су укључена у институционалну бригу која не одговара њиховом здравственом стању, а која тражи посебан облик здравствене заштите, није од МЗРС дат прецизан одговор, већ је указано само на чињеницу да је мали број дјеце смјештен у ове институције.

У оквиру система здравствене заштите у РС, а према информацијама добијеним од представника МЗРС, постоје програми едукације са циљем превенције, ране детекције, ране интервенције код дјеце са посебним потребама и за рад са породицама. Такође, у циљу превенирања болести које су везане са неадекватном исхраном дјеце предузете су мјере на начин да је уведен у јаслице и обданишта јеловник здраве прехране у чијем је сачињавању учествовао нутрициониста. Такође је вршена едукација дјеце у основним и средњим школама у сарадњи са здравственим установама и здравственим радницима о здравој прехрани, а организује се и Дан хране у школама.

#### **4.1.5. Фонд здравственог осигурања РС**

Фонд здравственог осигурања РС (у даљњем тексту: ФЗО РС) јавна је институција која је овлашћена за провођење здравственог осигурања лица на принципима солидарности, узајамности и једнакости. Приоритет Фонда здравственог осигурања РС су рационално трошење средстава од доприноса, брига да осигураници могу користити сва права у пуној мјери, допринос побољшању квалитета здравствене заштите, као и здравственог стања становништва.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Обрађено у „Стратешки план развоја Фонда здравственог осигурања РС од 2012. године“, Бања Лука 2008., стр. 19

За разлику од ФБиХ, односно појединих кантона ФБиХ, премије здравственог осигурања (маркице) нема у ентитету РС. Преко 50% осигураника ослобођено је плаћања партиципације, међу којима су дјеца до 15 година (у појединим случајевима до 18 година) и труднице.<sup>41</sup>

И у РС постоји одређени број дјеце који не ужива здравствену заштиту, јер није здравствено осигуран, а за што је основна препрека, према информацијама добијеним од ФЗО РС, чињеница да дјеца немају ријешен статус боравка у БиХ и најчешће се ради о ромској дјечи. За дијете до 15 година овјерава се књижица и у случајевима када за њега није уплаћен допринос. Дакле, сва дјеца која се налазе у евиденцији ФЗО РС могу да остваре права из здравственог осигурања. У случајевима када је дијете старије од 15 година, и када не може остварити здравствено осигурање ни по којем основу утврђеном законом, ФЗО РС изналази рјешења цијенећи да су дјеца приоритет и да не смије бити одвојених случајева.

Дјеца имају право на бесплатно лијечење и здравствену заштиту у цијелости која подразумијева и здравље зуба.

Фонд здравственог осигурања РС има предвиђена средства за лијечење дјеце у иностранству у цијелости, уколико заштиту није могуће обезбиједити у земљи. Постоји Правилник о садржају и обиму здравствене заштите.

ФЗО РС такође сноси у цијелости трошкове ране аминокинтезе као превентивне мјере раног откривања Дауновог синдрома, а постоје и масовни програми имунизације дјеце.

Кључни проблем у ФЗО РС је недостатак средстава, али и лоша структура осигураника, због чега имају мало уплата.

*Фонд здравственог осигурања РС има предвиђена средства за лијечење дјеце у иностранству у цијелости, ако се у оквирима наше земље оно не може пружити*

#### **4.1.6. Институт за јавно здравство РС**

Институт за јавно здравство (у даљњем тексту: Институт) надлежан је да прати, процјењује и анализира здравствено стање становништва, прати и проучава здравствене проблеме и ризике

по здравље становништва, обавља активности на промоцији здравља и превенцији болести и информисе становништво о значају и унапређењу здравља.<sup>42</sup> У РС је Закон о социјалној заштити 2012. године промијењен.<sup>43</sup> Мишљење представника Института за јавно здравство РС (у даљњем тексту: Институт) је да је законски оквир добар и да је усклађен са принципима ЕУ и да је потребно обезбиједити његову примјену у пракси. Процес измјене закона и њихова имплементација конципиран је на начин да се надлежна министарства извјештавају о провођењу закона и новим плановима, а да истовремено чланови радних група, међу којима су и представници Института, добију законске акте на мишљење. Представници Института су мишљења да је потребно

<sup>41</sup>Закон о здравственој заштити РС, члан 8. став 2.

<sup>42</sup> Члан 68. Закона о здравственој заштити, “Службени гласник РС”, број: 106/09

<sup>43</sup> Закон о социјалној заштити, “Службени гласник РС”, број: 37/12

донијети специјализоване подзаконске акте који би уређивали питање здравствене заштите дјеце - Правилници за здравствену заштиту дјеце. Због физиономије и спречавања насиља дјеца се до 15 година могу лијечити у амбулантама породичне медицине. Ово је значајно из разлога што ако љекар познаје и прати здравствено стање родитеља, може да види насљедне карактеристике код дјетета. Спорно је само питање колико љекар породичне медицине има времена да прати стање болести и дјеце и старијих лица. Представници Института сматрају да у праћењу раста и развоја дјетета до 15. године није битан само педијатар, већ је битна и свијест родитеља, здравствена освијештеност грађана која би се требала преносити путем надлежних институција и медија.

Представници Института такође сматрају да сва дјеца у РС имају једнака права у лијечењу, а што се односи на једнаке листе доступних бесплатних лијекова тзв. лијекова са примарне листе. Ромска дјеца теже остварују своја права у лијечењу због честе селидбе, али у принципу сва дјеца имају једнака права, само је различит начин њихових остварења.

Кроз законску регулативу позната су им права на коришћење ортопедских помагала за дјецу на нивоу РС, за чије остварење Фонд здравственог осигурања РС издваја средства и доноси Правилник.

Према мишљењу представника Института, сва дјеца на нивоу РС могу остварити психосоцијалну подршку путем Центра за ментално здравље који као први контакт уочава промјене. Подршка се може пружити и путем Породичног центра. Породица и установе такође су дужни да уоче промјене на дјетету. Често се поставља питање чији је то задатак, подршка често изостане због непрепознавања промјена од стране родитеља. Ту се јавља мањкавост и дјеца не препознају настале проблеме и промјене због чега би било потребно увести, кроз наставу, едукације да дјеца науче одређене основе када су под стресом тј. што на њих посебно утиче или провести одређена истраживања.

Домови здравља, диспанзери за дјецу и педијатријски одјели имају преко здравственог система психологе за дјецу и рехабилитаторе говора и слуха, што зависи такође о величини домова здравља, а да је свакако значајно обезбиједити и заинтересованост родитеља.

Сарадња са свим нивоима власти у РС добро функционише кроз законске регулативе хоризонталне и вертикалне координације.

Представници Института сматрају да је на нивоу РС довољан један Одјел психијатрије који се налази у оквиру Клиничког центра Бања Лука, те немају информацију је ли у плану организовање посебних капацитета при болницама намијењених дјецу са комбинованим сметњама, односно дјецу адолесцентске доби која су укључена у институционалну бригу која не одговара њиховом здравственом стању, а које тражи посебни облик здравствене заштите (психијатријски надзор и групну психотерапију

због тешког поремећаја понашања и емоционалних потешкоћа). Ако је то потребно, дјеца са посебним потребама добију потребну додатну бригу.

Институт у сарадњи са Министарством просвјете РС обавио је едукацију у основним и средњим школама о здравој прехрани као превенцији претилости, а на нивоу РС направљен је јеловник здраве прехране за јаслице и обданишта који се стално унапређује. Такође, постоји савјетовалиште у исхрани, а у обдаништима се обиљежава Дан здравог доручка. У школама у РС се проводе редовни систематски прегледи, док хигијенско стање прате хигијенско-епидемиолошке службе које дају информације оснивачима.

Често се раде и тренинзи за унапређење медицинског особља, а кроз разне пројекте се прати рад породичних љекара и њихово усавршавање.

Именовање старатеља за посебан случај везано за пратњу дјетета на лијечење у иностранству регулисано је путем Фонда здравственог осигурања РС приликом чега је израђен и Правилник који се примјењује.

#### **4.1.7. Одјељење за здравство и остале услуге БДБиХ**

Одјељење за здравство и остале услуге БДБиХ (у даљњем тексту: Одјељење) обавља стручне, административне и остале дужности у надлежности Владе које се односе на провођење закона и прописа надлежних институција БиХ и Дистрикта из области здравства и осталих услуга под надзором и упутствима градоначелника, заштиту здравља становништва и функционисање институција здравствене заштите у Дистрикту; социјалну помоћ и социјалну заштиту грађана, а посебно старих, ментално и физички хендикепираних лица као и брака, породица и дјеце, планирања акције коју треба предузети у случају угрожености здравља грађана, као и јавних здравствених компанија и остале дужности из надлежности овог одјељења у складу са законом и прописима БиХ, Скупштине, или наложене од градоначелника.<sup>44</sup>

Здравствена заштита неосигураних лица регулисана је тако да се лице без здравственог осигурања јави у Општину на 3 мјесеца и тако му се омогући приступ систему здравствене заштите на три мјесеца. Фонд здравственог осигурања БДБиХ у пракси постоји, али се јавља проблем у вези са реализацијом.

Систем здравствене заштите дјеце је успостављен на начин да дјеца до 15 година иду у амбуланте породичне медицине да би љекар пратио дијагнозу болести, а и да прати колико је повезана генетика дјетета, јер исти љекар лијечи и њихове родитеље.

---

<sup>44</sup> Закон о влади БДБиХ, “ Службени гласник БДБиХ“, број: 19/07, 36/07, 38/07, 02/08, 23/08 и 14/10

Педијатри стоје на располагању уколико љекар породичне медицине не може да излијечи дијете. Мишљење представника Одјелења је да није неопходно да се праћење раста и развоја дјече до 15 година препусти педијатрима. Сва дјеца у БД БиХ имају једнака права у лијечењу, једнаке листе доступних бесплатних лијекова тзв. лијекове са примарне листе, те им је обезбијеђен систем примарне и секундарне здравствене заштите, док се терцијарни ниво обезбјеђује ван БД БиХ.

Дјеца имају приоритет у лијечењу. Што се тиче стоматолошке здравствене заштите, у БД БиХ постоје само 4 стоматолошке амбуланте које пружају услуге свој популацији на територији БД БиХ, с тим што се само дјеци поправљају зуби, а одраслима екстрактују, те се сматра да су дјеца у бољем положају. Постоји 1 амбуланта ортодонције која пружа стоматолошку здравствену заштиту дјечи из домена ортодонције. Дјеца на нивоу БД БиХ имају право на коришћење ортопедских помагала.

Ако се дијете узраста до 7 година мора лијечити у иностранству, услуга је бесплатна и обезбијеђена је и пратња. Са дјететом првенствено иде родитељ или члан породице, или неко из центра за социјални рад, медицинска сестра или љекар. За дјецу старију од 7 година, пратњу плаћа пратилац дјетета, осим пратње дјече са посебним потребама. Фонд здравственог осигурања обезбјеђује средства за лијечење дјече у иностранству ако се у оквирима Босне и Херцеговине лијечење не може пружити. Средства се обезбјеђују из буџета општине ако она недостају у Фонду. Трошкови таквог лијечења покривени су у цијелости.

Из буџета БД БиХ и Фонда здравственог осигурања издвајају се средства за програме релевантне за заштиту здравља дјече. На нивоу БД БиХ за било коју здравствену услугу плаћа се партиципација, с тим што су дјеца ослобођена тог плаћања. Дјеца изнад 15 година која не могу остварити здравствено осигурање ни по којој основи имају могућност да поднесу захтјев центру за социјалну заштиту који уколико има основе, а након урађене анамнезе породице, одобрава привремено здравствено осигурање, што им омогућава бесплатно лијечење и здравствену заштиту у цијелости, укључујући и стоматолошке услуге. С обзиром на то да на нивоу БД БиХ нема могућности да се ради аминокинтеза као превентивна мјера раног откривања Дауновог синдрома, она се ради у Тузли.

Представници Одјелења сматрају да би требало издвојити средства за дјецу да би увијек имала регулисано здравствено осигурање и без родитеља/старатеља, да не морају ићи преко центра за социјални рад и папирологије, него да одмах добију здравствено осигурање ако је потребно. Проблем се појављује код дјече родитеља са навршених 65 година живота који нису пријављени путем Завода за запошљавање, немају пензију и дјеца остају здравствено неосигурана.

У БД БиХ сва дјеца могу остварити психосоцијалну подршку. Развијен је Центар за ментално здравље са едукативно-рехабилитационим дневним центром за лица са сметњама у развоју. Центар за ментално здравље оспособљен је за рад са дјецом путем савјетовалишта за дјецу и адолесценте. Служба за рад са дјецом са посебним потребама

веома је развијена. На нивоу БД БиХ није оформљен одјел адолесцентне психијатрије. Стога дјеца морају у случају потребе лијечења ићи у Сарајево и Бању Луку. У БД БиХ постоји Служба која ради са дјецом са посебним потребама и врши превоз те дјеце у установу. Дневни боравак у Центру је при примарној здравственој заштити.

У оквиру домова здравља/геренских амбуланти у БД БиХ немају психологе за дјецу, рехабилитаторе говора, слуха. У оквиру Центра имају логопеди и запослене психологе.

Представници Одјељења сматрају да је тешко остварити сарадњу са свим нивоима здравствене заштите. Према добијеним информацијама из Одјељења, Влада БД БиХ намјерава да издвоји средства да би наредне године била оформљена једна установа за здравство која би обухватила Одјел, примарну и секундарну здравствену заштиту.

Када се говори о јачању капацитета особља ангажованог у здравственом систему БД БиХ, лекарима су обезбијеђени програми јачања капацитета кроз посебне едукације са циљем превенције, ране детекције, ране интервенције код дјеце са посебним потребама и за рад са њиховим породицама, зависно од њихових шефова и афинитета. Представници Одјељења указали су и на чињеницу да су запосленици у здравственим установама старији - просјек старосне доби лекара је 50 година, што представља ограничавајући фактор у даљњем усавршавању јер се старија популација рјеђе одлучује на едукације и усавршавања.

Представници Одјељења су указали и на чињеницу да је на нивоу БД БиХ направљен јеловник здраве прехране за школство у сарадњи са нутриционистом. Одјељење за здравство и остале услуге БД БиХ остварује добру сарадњу са школством и посебно у сегменту едукације дјеце о здравој прехрани, превенцији претилости у основним и средњим школама у сарадњи са здравственим установама и здравственим радницима. Кроз систем радионица врши се едукација о питању зависности младих (цигарете), венеричним болестима и сексуалном здрављу.

#### **4.1.8. Центри за социјални рад**

Консултациони састанци са представницима центара за социјални рад првенствено су се односили на њихову улогу при остваривању права на здравствено осигурање дјеце, податке о броју дјеце која остварују ово право преко центара, као и евентуалне проблеме са којима се центри за социјални рад сусрећу дјелујући у овој области.

##### **Центар за социјални рад Зеница**

Преко центра за социјални рад осигурана су сва дјеца до поласка у школу, односно до шесте године старости. Дјеца која се налазе на редовном школовању, здравствено су осигурана преко Општине Зеница према Упутству Министарства за образовање, науку, културу и спорт Зе-до кантона из 2011. године.

Закључно са мјесецом септембром, право на здравствену заштиту преко Центра за социјални рад Зеница остварује 127 дјеце.



Дјеца су ослобођена плаћања партиципације, односно имају право на бесплатну здравствену заштиту.

Представници Центра за социјални рад Зеница истакнули су да се суочавају са проблемом здравствене заштите ромске дјеце која нису уписана у матичне књиге рођених или им није одређено лично име. Такође, наводе лоше дефинисане прописе, конкретно сматрају да је важно јасније дефинисати члан 18. Закона о социјалној заштити, заштити цивилних жртава рата и заштити породица са дјецом Зе-до кантона<sup>45</sup>, те сматрају неопходним да се поједностави процедура када се тражи здравствено осигурање по основу дјетета.

### **Центар за социјални рад Бања Лука**

Према информацијама које су представници Центра за социјални рад Бања Лука презентовали на консултативном састанку преко центра за социјални рад, право на здравствено осигурање имају дјеца која су смјештена у установу социјалне заштите или ако је родитељ носилац социјалне помоћи. Такође, иста права имају и дјеца ако су корисници права на туђу његу и помоћ, те ако су смјештена у хранитељску породицу. Расположиве информације указују да је преко Центра за социјални рад Бања Лука осигурано 205 дјеце. Дјеца су ослобођена плаћања партиципације, односно имају право на бесплатну здравствену заштиту.

Дјеца до 15. године старости нису дефинисана као посебна категорија, те ако им родитељ није носилац здравственог осигурања или ако нису на редовном школовању, остају здравствено неосигурани.

Дјеца са потешкоћама у развоју од 0-3 године живота нису осигурана ни по којем основу ако им родитељ није носилац здравственог осигурања.

### **Центар за социјални рад Бихаћ**

Питање здравствене заштите дјеце, а према информацијама добијеним од директорице Центра за социјални рад Бихаћ, регулисано је на начин да дјеца до 7. године, дакле, дјеца предшколског узраста, која ни по којем другом основу нису осигурана, осигуравају се преко Центра, на начин да се подноси захтјев уз документацију, те се у веома кратком року дјеци обезбјеђује све што је потребно да остваре бесплатну здравствену заштиту. Статистички подаци Центра показују да се ради о 208 дјеце, а преко Центра се осигуравају и дјеца која се налазе под старатељством Центра и налазе се у установама социјалне заштите или у хранитељским породицама. Према статистичким подацима Центра тренутно је за 23 дјеце обезбијеђена здравствена заштита на овај начин. Успостављени поступак обезбјеђења права на здравствену заштиту ове категорије дјеце предвиђа да поступак проводи Центар и та су дјеца регистрована код Центра, а трошкове сноси кантонално министарство здравља.

---

<sup>45</sup> „Службене новине ЗЕ-ДО кантона“, број: 13/07

Школска дјеца која ни по једном другом основу нису осигурана, осигурана су преко кантоналног министарства образовања, односно оно сноси трошкове пружања здравствених услуга. У пракси је примјетан проблем у случају када су у питању дјеца која се не налазе на редовном школовању, односно не похађају средњу школу и нису здравствено осигурана преко родитеља. Најчешће се ради о дјечи припадницима ромске популације. У овим случајевима се покушава ријешити проблем на начин да запосленици Центра позивају родитеље, са њима раде савјетодавно уз давање препоруке да се дјеца пријаве на Завод за запошљавање или, оно што је значајније, да се дјеца врате школовању, да би стекла статус здравственог осигураника.

Влада Унско-санског кантона донијела је одлуку да је становништво које је обољело од одређених болести, а које су таксативно набројане и које укључују малигна обољења или целијакије, обезбјеђује обавезну здравствену заштиту, а трошкове сноси Кантонално министарство здравља и социјалне заштите. Према мишљењу Центра за социјални рад Бихаћ, становништво је упознато са начинима остваривања права на здравствену заштиту, као и са институцијама надлежним за поступање.

Оно што износе као проблем јесте здравствена заштита радно способног становништва које право на здравствену заштиту обезбјеђују путем Завода за запошљавање гдје је истакнуто незадовољство начином рада наведене установе.

### **Центар за социјални рад Мостар**

Дјеца са подручја Мостара која нису осигурана по другом основу могу се до поласка у школу осигурати преко Центра за социјални рад, а према Одлуци Владе Херцеговачко-неретванског кантона од 18.07.2012. године. Школску дјецу осигурава Министарство образовања, знаности, културе и спорта ХНК. Предузете мјере су у знатној мјери допринијеле да је смањен број здравствено неосигуране дјеце на подручју Мостара.

Представници Центра за социјални рад Мостар истакнули су да се суочавају са проблемом ромске дјеце која остају здравствено неосигурана због непотпуне документације приликом подношења захтјева, а која се најчешће односи на потврду о пребивалишту. Одређени број ромске дјеце стекао је статус осигураника преко Центра за социјални рад Мостар захваљујући правној помоћи и асистенцији Организације Ваша права у Мостару.

Дјеца на подручју Мостара нису ослобођена партиципације и плаћају годишњу премију здравственог осигурања (маркицу) у износу 20 КМ.

### **Центар за социјални рад Тузла**

Преко Центра за социјални рад Тузла могу се осигурати дјеца до 18 година. Дјеца нису ослобођена плаћања партиципације у Тузланском кантону и морају да уплате годишњу премију здравственог осигурања у износу 20 КМ. Међутим, Министарство за рад и социјалну политику Тузланског кантона обезбјеђује средства за плаћање маркица за ту дјецу.

Преко Центра за социјални рад Тузла осигурано је 71 дијете.

#### 4.1.9. Подаци установа за јавно здравство

##### Завод за јавно здравство ФБиХ

Завод за јавно здравство ФБиХ, са циљем свеобухватнијег прикупљања података Институцији омбудсмена доставио је податке из којих слиједи да у ФБиХ има 366 амбуланти породичне медицине са 705 тимова. У примарној здравственој заштити и предшколској медицини радно је ангажовано 107 (стопа 1.8) педијатара, а у школској медицини у примарној здравственој заштити је ангажован 41 педијатар (стопа 11.2).

Према достављеним подацима за 2000. и 2006. годину за Федерацију БиХ, потхрањеност дјече у старости од 0 – 5 година кретала се у постоцима од 5% у 2000. години до 3% у 2006. години када се говори о тежини у односу на доб, док подаци о мршавости која је резултат односа тежине у односу на висину показују да је у 2000. години 8% дјече сматрано мршавом, а у 2006. години овај постотак је 5%. Значајно је указати и на показатеље који се односе на закржљалост и који указују на заостатак у развоју с обзиром на однос висине и доби. У 2000. години је 13% дјече у ФБиХ сврстано у ову категорију, док је у 2006. години тај постотак 9%. Приказани показатељи указују да се у ФБиХ број потхрањене дјече током периода од 6 година смањило. Овај податак је значајан због поређења са податком о дјечи са прекомјерном тежином и гојазном дјецом. Упоредни показатељи у односу на БиХ указују да је стопа дјече са прекомјерном тежином у ФБиХ нижа како у 2000. години, тако и у 2006. години, с тим што је забрињавајући показатељ и за ФБиХ и БиХ тренд раста постотка дјече са прекомјерном тежином и гојазне дјече, што се може видјети из показатеља приказаних у Табели 1. Дакле, може се закључити на основу упоредних података да је тренд смањења броја потхрањене дјече уз истовремен раст броја дјече са прекомјерном тежином и гојазне дјече, што је показатељ повећаног стандарда живота, али и промјена у начину исхране дјече.

**Табела 1**

	Босна и Херцеговина (2000)	Федерација БиХ (2000)	Босна и Херцеговина (2006)	Федерација БиХ (2006)
Прекомјерно ухрањених	13,2%	12,2 %	20,22%	17,4%
Прекомјерно гојазних	4,8%	4,6%	20,22%	17,4%

## **Институт за јавно здравство РС**

Према информацијама достављеним од Института за јавно здравство РС, у РС има укупно 28 центара за ментално здравље од којих је активно 24. Што се тиче стоматолошких ординација, број пунктова износи 67, а број ординација 124.

У предшколској медицини у примарној здравственој заштити ангажовано је 50 педијатара за лијечење дјецe узроста од 0 до 6 година. У РС стопа наталитета према подацима из 2010. године је 7,1%, док је стопа морталитета 9,4%.

У периоду од 01.08.2009. до 30.06.2010. године обухват вакцинисане ромске дјецe је 371 дијете према достављеној информацији обављеног Пројекта имунизације ромске дјецe, уз напомену да се највећи број невакцинисане ромске дјецe налази на подручју општине Бијељина.

Дистрибуција дјецe обољеле од Диабетес мелитуса 0-19 износи 409 случајева.

## **Брчко Дистрикт БиХ**

Према информацијама добијеним од Института за јавно здравство Брчко Дистрикт БиХ (БД БиХ), у педијатријској служби у БД БиХ тренутно ради 5 педијатара и недостаје један тим који ће ускоро бити попуњен. Распоживи подаци педијатријске службе БД БиХ односе се на 4451 дјецe узроста 0-6 година, те на 7746 дјецe узроста 7-14 година. Дјецa која иду у средњу школу распоређена су по тимовима породичне медицине.

Због лошег одазива ромске дјецe на вакцинацију сваке године се раде и додатне вакцинације.

Посматрајући институционалну структуру у области здравства БДБиХ, евидентно је да су успостављене 22 амбуланте породичне медицине са 36 тимова. У предшколској медицини у примарној здравственој заштити ангажовано је 107 (стопа 1.8) педијатара за лијечење дјецe узроста 0 до 6 година. У БДБиХ стопа наталитета према подацима из 2010. године је 12,10%, док је стопа морталитета 11,97%. У БД БиХ регистровано је 14 дјецe узроста до 18 година обољеле од дијабетеса. У БД БиХ у систем вакцинације укључено је 211 ромске дјецe.

## **4.2. Истраживање на терену**

### **4.2.1. Домови здравља**

Здравствена заштита дјецe пружа се и прати, на примарном нивоу, у домовима здравља на нивоу ентитета ФБиХ и РС, те у теренским амбулантама на нивоу БД БиХ.

Анализа стања на терену урађена је на основу података добивених путем упитника које је испунило стручно особље у домовима здравља и теренским амбулантама.

Упитник је за циљ имао добивање увида у услове рада, људске ресурсе, права дјецe као корисника права на здравствену заштиту, институционалну сарадњу, као и препреке у раду.

Истраживањем је обухваћено 40 домова здравља на нивоу ФБиХ од којих је 31 доставио испуњене упитнике, 28 домова здравља на нивоу РС од којих су 26 доставила испуњене упитнике, те 10 теренских амбуланти на нивоу БД БиХ од којих је 1 доставила испуњен упитник.

### **Број установа примарне здравствене заштите**

Установе примарне здравствене заштите, према територијалним јединицама, подијелене су: у ФБиХ према кантонима, у РС према регионалним центрима и на нивоу БД БиХ према здравственим центрима.

На нивоу ФБиХ има укупно 78 домова здравља, на нивоу РС 53, те на нивоу БД БиХ 19 теренских амбуланти.<sup>46</sup>

### **Услови рада**

Финансирање домова здравља на нивоу ентитета ФБиХ и РС врши се на основу буџетског финансирања<sup>47</sup>, те у малом постотку и од донација<sup>48</sup>, док се теренске амбуланте на нивоу БД БиХ у цијелости финансирају из буџетских средстава<sup>49</sup>.

На нивоу ентитета, већина је испитаника задовољна условима у којима раде<sup>50</sup>, за разлику од БД БиХ гдје је стање супротно, односно испитаници нису задовољни условима у којима раде<sup>51</sup>. С тим у вези, испитаници који исказују незадовољство условима сматрају да би требало побољшати физичке услове рада, као што су опрема, простор и сл.<sup>52</sup>, те људске капацитете, посебно на нивоу БД БиХ<sup>53</sup>. Такође је евидентно да испитаници на нивоу ентитета, иако исказују незадовољство условима у којима раде, из непознатог разлога нису навели шта би побољшали.

---

<sup>46</sup> Види Анекс II.

<sup>47</sup> Овакво мишљење заступа 93,55% испитаника у ФБиХ и 92,31% испитаника у РС

<sup>48</sup> У ФБиХ 3,23% испитаника сматра да се домови здравља финансирају и од донација, а у РС 3,85%

<sup>49</sup> У БД БиХ 100%, према одговору испитаника

<sup>50</sup> У ФБиХ 61,29% испитаника заузима ово стајалиште, у РС 73,08%

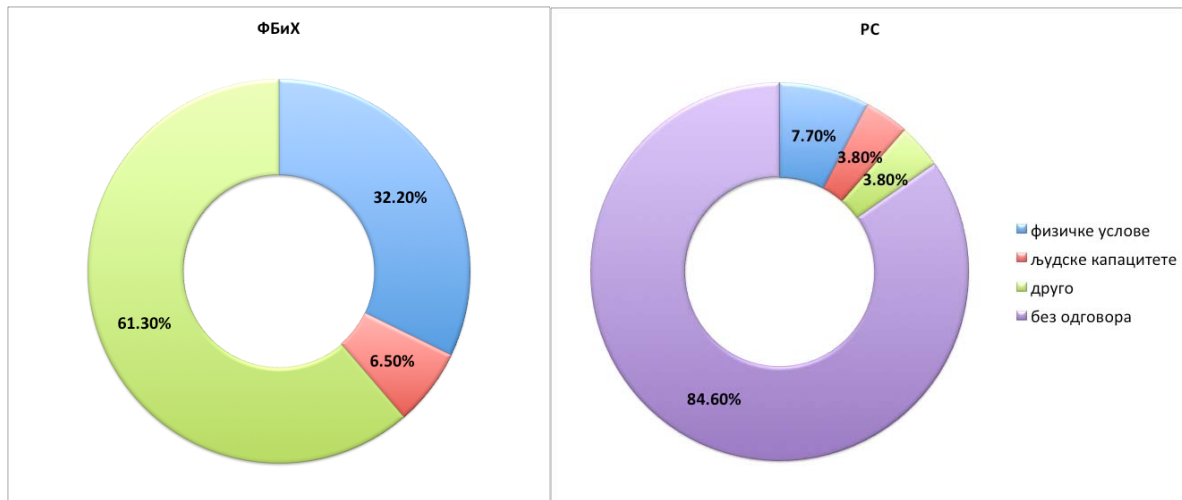
<sup>51</sup> У БД БиХ 100%, према одговору испитаника

<sup>52</sup> 32,26% испитаника у ФБиХ заступа овакво мишљење и 7,69% испитаника у РС

<sup>53</sup> 6,45% испитаника у ФБиХ заступа овакво мишљење, 3,85% испитаника у РС и у БД БиХ 100% испитаника

## Графикон 1

Уколико нисте задовољни условима у којима радите, шта би требало побољшати?



Посебну пажњу окупира чињеница да велики број домова здравља нема стоматолошку амбуланту специјализовану за дјецу са посебним потребама.<sup>54</sup>

Испитаници на нивоу ентитета сматрају да у сваком моменту располажу са довољно лијекова и осталих препарата који су потребни за пружање здравствене заштите пацијентима, док на нивоу БД БиХ сматрају да не располажу са довољно лијекова<sup>55</sup>, што им онемогућава одговарајуће пружање услуга пацијентима.

### Људски ресурси

Основни подаци о установама који се односе на број тимова за здравствену заштиту дјеце, као и број сарадника у радном тиму, те структуру стручних сарадника у радном тиму, приказани су у табеларном приказу Анекса III овог извјештаја.

На нивоу ентитета, домови здравља у малом постотку имају посебне тимове за рад са дјецом при центрима за ментално здравље на нивоу ентитета<sup>56</sup>, док истовремено овакав тим уопште није успостављен у БД БиХ.

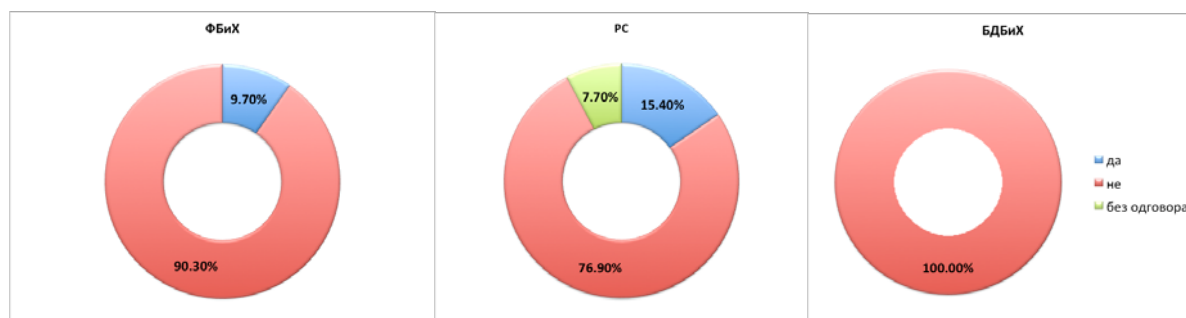
<sup>54</sup> ФБиХ 96,77%, РС 73,08%, БД БиХ 100%, велики број испитаника дао негативан одговор, који је забрињавајући

<sup>55</sup> У ФБиХ 87,10% испитаника заузима ово стајалиште, у РС 84,62% испитаника, а у БД БиХ 100% испитаника

<sup>56</sup> ФБиХ 9,68%, РС 15,38%

## Графикон 2

Да ли дом здравља има посебне тимове за рад са дјецом при центру за ментално здравље?



Што се тиче едукације здравствених радника, односно стручних сарадника у радном тиму служби у оквиру домова здравља у ФБиХ и БД БиХ најчешће се упућују на едукативне семинаре два пута годишње<sup>57</sup>, за разлику од РС, гдје на исте иду више од три пута годишње<sup>58</sup>.

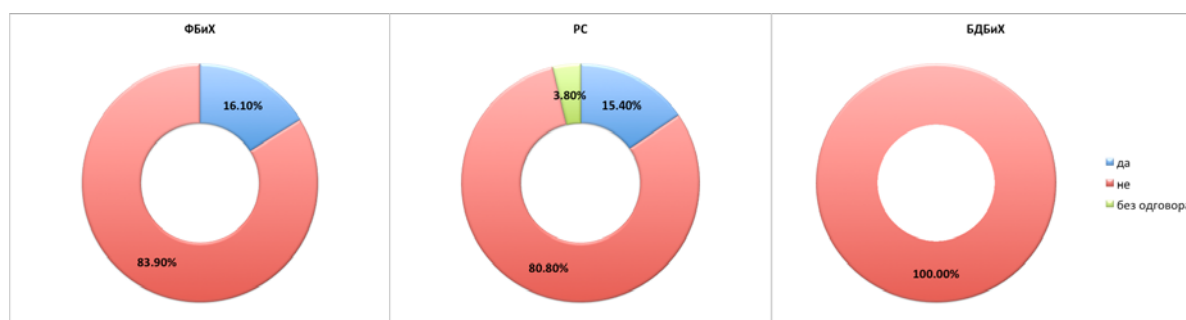
## Дјеца као корисници права на здравствену заштиту

Испитаници наводе да су запосленици у радним тимовима за дјецу на нивоу ентитета упознати са Конвенцијом УН о правима дјетета, за разлику од БД БиХ гдје тимови за дјецу нису ни формирани.<sup>59</sup>

Велики број испитаника не сматра оправданим да дјеца од навршене 15. године живота не остварују право на програм бесплатне здравствене заштите.<sup>60</sup>

## Графикон 3

Да ли сматрате оправданим да дјеца старија од 15 година не остварују право на програм бесплатне здравствене заштите?



<sup>57</sup> У ФБиХ 45,16% и у БД БиХ 100%

<sup>58</sup> У РС 46,15% испитаника заузима исто мишљење

<sup>59</sup> 80,65% испитаника у ФБиХ сматрају исто, у РС 88,46% испитаника, а у БД БиХ 100% испитаника

<sup>60</sup> У ФБиХ 83,87%, у РС 80,77% и БД БиХ 100%

Испитаници истичу да се са проблемом неосигуране дјеце сусрећу ријетко<sup>61</sup>, међутим у ФБиХ 74,19% испитаника сматра да су дужни да пруже услугу дјетету без здравственог осигурања, у РС 84,62% испитаника и у БД БиХ 100% испитаника.

Насупрот томе, одређени број испитаника сматра да нису дужни да пруже услугу дјетету без здравственог осигурања, али истичу да услугу која је у домену њиховог дјеловања пруже и у наведеним случајевима.<sup>62</sup>

Питање проблема дјеце неуписане у матичне књиге рођених, које је константно присутно у нашем друштву, супротно је одговору испитаника који напомињу да се не сусрећу са проблемом дјеце неуписане у матичне књиге рођених.<sup>63</sup>

Према истраживању, испитаници су заузели стајалиште да могућност да дјеца узраста од 14 до 18 година сама изабере љекара, на нивоу ентитета већином није допуштена, док је на нивоу БД БиХ ова могућност остварива. Тако 51,61% испитаника у ФБиХ сматра да дјеца немају право избора љекара, а у РС овакво мишљење дијели 57,69% испитаника.

Међутим, дјечи узраста од 14 до 18 година допуштена је иницијатива да посјете љекара или медицинску службу.<sup>64</sup>

### **Институционална сарадња**

Сарадњу са надлежним министарством испитаници на нивоу ентитета оцјењују као углавном успјешну<sup>65</sup>, мада на нивоу РС већина испитаника је навела да им није познат степен успјешности сарадње са надлежним министарством<sup>66</sup>. Испитаници на нивоу БД БиХ своју сарадњу са Одјелом за здравство и остале услуге БД БиХ оцјењују као апсолутно успјешну.

Сарадњу са заводима за јавно здравство на нивоу ентитета оцјењују као потпуно успјешну<sup>67</sup>, те као углавном успјешну сарадњу оцијенило је 64,52% испитаника у ФБиХ, а у РС овакво мишљење дијели 46,15% испитаника. Сарадњу са центрима за социјални рад испитаници су оцијенили углавном успјешном.<sup>68</sup>

Домови здравља и теренске амбуланте сарађују са институцијама за дјецу са посебним потребама, што сматра 74,19% испитаника у ФБиХ, 73,08% испитаника у РС, док 100% испитаника у БД БиХ дијели овакво мишљење.

---

<sup>61</sup> У ФБиХ 9,68% испитаника, у РС 65,38% испитаника

<sup>62</sup> ФБиХ 25,81%, РС 15,38%

<sup>63</sup> ФБиХ 38,71%, РС 57,69%, БД БиХ 100%

<sup>64</sup> ФБиХ 93,55%, РС 96,15%, БД БиХ 100%

<sup>65</sup> ФБиХ 70,97%, РС 34,62%

<sup>66</sup> РС 57,69%

<sup>67</sup> ФБиХ 29,3%, РС 46,15%

<sup>68</sup> ФБиХ 61,29%, РС 69,23%, БД БиХ 100%



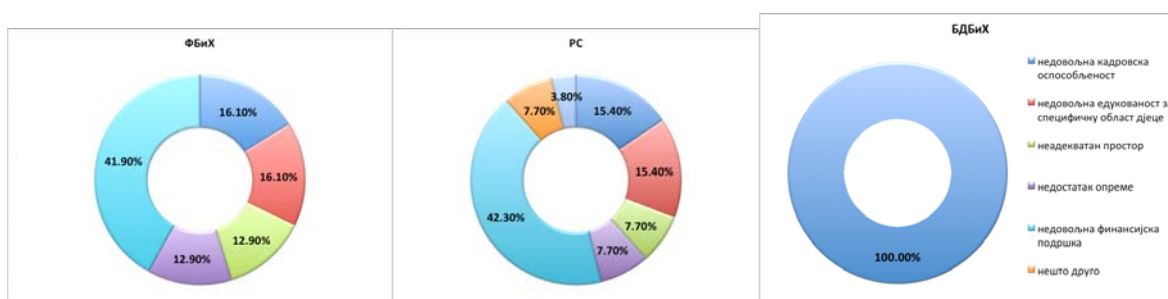
На нивоу ФБиХ 80,65% испитаника сарадњу са родитељима/старатељима дјече оцјењују углавном успјешном, у РС 76,92% испитаника, а у БД БиХ 100% испитаника сарадњу оцјењује као углавном успјешну.

### Препреке у раду

Највећом препреком у раду на нивоу ентитета сматрају недовољну финансијску подршку<sup>69</sup>, док на нивоу БД БиХ највећом препреком у раду сматрају недовољну кадровску оспособљеност<sup>70</sup>.

### Графикон 4

#### Према Вашем мишљењу, шта су највеће препреке у раду?



### 4.2.2. Болнице

Здравствена заштита дјечи у БиХ пружа се и на секундарном и терцијарном нивоу у болницама, односно педијатријским службама/службама за дјечије болести, на нивоу ентитета и БД БиХ. Са циљем добивања увида у услове рада, људске ресурсе, права дјече као корисника права на здравствену заштиту и једнакости у остваривању овог вида заштите, извршено је путем упитника истраживање у које је било укључено стручно особље у болницама. Добивени подаци су послужили да се уради анализа стања на терену. Истраживањем је обухваћено 15 болница, односно служби за дјечу на нивоу ФБиХ од којих је 11 доставило испуњене упитнике (Центар за мајку и дијете-Педијатријска служба РМЦ “Др. Сафет Мујић“ Мостар, ЈУ Кантонална болница Зеница, ЈУ Опћа болница “Прим. др. Абдулах Накаш“ Сарајево, ЈЗУ Опћа болница “Др. Мустафа Бегановић“ Грачаница, ЈУ Општа болница Коњиц, ЈУ болница Травник, Кантонална болница “Др. Ирфан Љубијанкић“ Бихаћ, Клиника за дјечије болести СКБ Мостар, Опћа болница Јајце, Опћа болница Тешањ, Педијатријска клиника Сарајево-Центар), 9 болница на нивоу РС од којих је 8 одговорило на упитнике (ЈЗУ болница Невесиње, Клинички центар Бања Лука, Општа болница “Др. М. Стојановић“ Приједор,

<sup>69</sup> У ФБиХ 41,94%, у РС 42,31%

<sup>70</sup> У БД БиХ 100% према мишљењу испитаника

Општа болница Градишка, Општа болница “Св. апостол Лука“ Добој, Општа болница Свети врачевци“ Бијељина, Општа болница Требиње, Општа болница Зворник) те 1 болница на нивоу БД БиХ (Општа болница БД БиХ).

### Услови рада

Добијене информације показују да се болнице у ентитетима и БД БиХ финансирају из различитих извора средстава, зависно од ентитета односно кантона ФБиХ.<sup>71</sup>

Запосленици болница/служби за дјецу у ентитетима и БД БиХ различито изражавају степен сатисфакције са условима рада. Тако у ФБиХ њих 54,55% је незадовољно условима рада, а у РС је овај постотак 50%, док у БД БиХ је изражено незадовољство условима рада (100%). Ипак, овај показатељ се треба ставити у однос са бројем здравствених установа које су биле укључене у истраживање. Наиме, док је у ентитетима истраживање обухватило више болница/служби за дјецу које међусобно могу да буду на различитом степену развоја, а што се индиректно одражава на услове рада, у БД БиХ је испитивање проведено само у односу на једну болницу. У графикону број 5 дат је приказ оцјене услова рада.

У циљу побољшања услова рада, истраживање је од испитаника захтијевало да наведу факторе који могу унаприједити стање. Тако је према мишљењу испитаника значајно дјеловати у циљу побољшања људских капацитета,<sup>72</sup> физичких услова рада, а што укључује опремљеност, угоднији простор прилагођен дјечи и сл.<sup>73</sup> У РС 50% испитаника није одговорило на питање шта би требало да се побољша ако нису задовољни условима рада.

Из одговора испитаника произилази да на нивоу БиХ болнице у великом постотку располажу са довољно лијекова и осталих препарата који су неопходни за пружање здравствене заштите дјечи.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Анекс IV

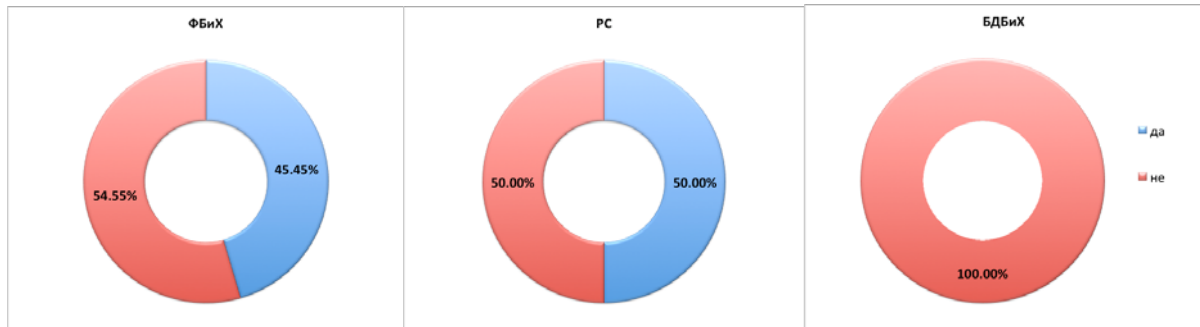
<sup>72</sup> Овакво мишљење заступа 9,09% испитаника у ФБиХ и 100% испитаника у БД БиХ

<sup>73</sup> У ФБиХ 36,36% испитаника је навело овај фактор

<sup>74</sup> У ФБиХ 81,82 % испитаника заузима ово стајалиште а у РС 87,50% и у БД БиХ 100%

## Графикон 5

### Да ли сте задовољни условима у којима радите?



## Људски ресурси

Основни подаци о броју сарадника у радном тиму приказани су у табеларном приказу Анекса IV овог извјештаја. Стручни сарадници службе за дјецу на нивоу ентитета иду више од три пута годишње на различите едукативне семинаре<sup>75</sup>, за разлику од БДБиХ гдје се упућују на едукативне семинаре само једном годишње.

## Институционална сарадња

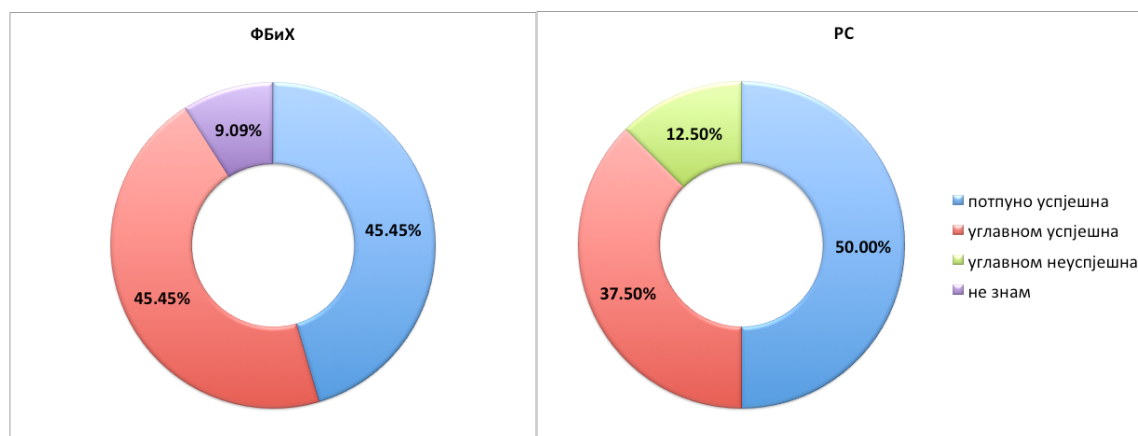
Стручно особље педијатријских служби/служби за дјецу сарађује са Одјелом за здравство ентитета у којем се налазе, центрима за социјални рад, институцијама за дјецу са посебним потребама и родитељима/старатељима дјеце. Најуспјешнију сарадњу остварују са институцијама за дјецу са посебним потребама.<sup>76</sup> Испитаници такође сарадњу са надлежним Одјелом за здравство оцјењују различито. Тако 18,18% испитаника у ФБиХ и 50% испитаника у РС сарадњу оцјењује потпуно успјешном, а 63,64% испитаника у ФБиХ и 25% испитаника у РС, те 100% испитаника у БДБиХ ову сарадњу оцјењује углавном успјешном. Само 18,8% испитаника у ФБиХ је сарадњу оцијенило углавном неуспјешном. Болнице у ентитетима и БДБиХ сарађују са центрима за социјални рад и ову сарадњу оцјењују успјешном. Приказ оцјене сарадње са центрима за социјални рад је дат у Графикону 6.

## Графикон 6

<sup>75</sup> Овакво мишљење има 27,27% испитаника у ФБиХ и 50% испитаника у РС

<sup>76</sup> ФБиХ 90,91%, РС 62,50%, БД БиХ 100%

## Како оцјењујете сарадњу са центрима за социјални рад?



Сарадњу са родитељима/старатељима дјеце оцјењују углавном успјешном.<sup>77</sup> Родитељ/старатељ има право да одбије хоспитализацију или неопходну медицинску процедуру за дијете у ентитетима ФБиХ и РС, што је регулисано одговарајућом писаном процедуром.<sup>78</sup>

### Дјеца као корисници права на здравствену заштиту

Запосленици у служби за дјечије болести на нивоу БиХ упознати су са Конвенцијом о правима дјетета<sup>79</sup> и, с тим у вези, не сматрају оправданим да дјеца до 15 година нису обухваћена програмом бесплатне здравствене заштите<sup>80</sup> (приказ у Графикону 7).

<sup>77</sup> РС и БД БиХ 100%, ФБиХ 45,45% потпуно успјешном и 54,55% углавном успјешном.

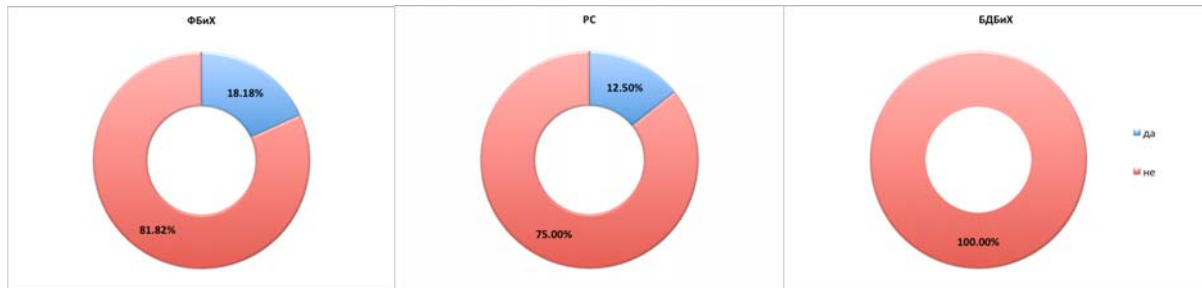
<sup>78</sup> Све болнице имају регулисану писмену процедуру, а према достављеним подацима, у Клиничком центру Универзитета Сарајево регулисано је писаном сагласношћу, а у Кантоналној болници "Др Ирфан Љубијанкић" Бихаћ потписом.

<sup>79</sup> ФБиХ 81,82%, РС 100%, БД БиХ 100%

<sup>80</sup> ФБиХ 81,82%, РС 75%, БД БиХ 100%.

## Графикон 7

### Да ли сматрате оправданим да дјеца старија од 15 година нису обухваћена програмом бесплатне здравствене заштите?



У БДБиХ нису упознати да ли дјеца на нивоу БиХ остварују иста права на лијечење у примарној и секундарној здравственој заштити, док је у ФБиХ и РС одређеном постотку испитаника познато. Испитаници из ентитета ФБиХ и РС сматрају да дјеца у цијелој БиХ остварују једнака права.<sup>81</sup>

Подијељена су мишљења испитаника око питања пружања здравствене заштите дјетету које није здравствено осигурано. Тако 9,09% испитаника из ФБиХ и 12,50% испитаника из РС сматра да нису обавезни да пруже услугу дјетету без здравственог осигурања, док у БД БиХ сматрају да су ову услугу дужни да обезбиједу, чак и ако се ради о дјетету без здравственог осигурања.<sup>82</sup>

Запосленици болница/одјела за дјецу сусрећу се са проблемом дјеце здравствено неосигуране изван њиховог ентитета врло често ( ФБиХ 9,09%, РС 12,50%), често (ФБиХ 27,27%), понекад (ФБиХ 36,36%, РС 62,50%), ријетко (ФБиХ 27,27%, РС 25%).

Трошкове лијечења дјетета у ентитетима већином сноси надлежна институција,<sup>83</sup> родитељи/старатељи у мањим постотцима,<sup>84</sup> док у БД БиХ трошкове лијечења дјетета сноси искључиво надлежна институција.<sup>85</sup>

Проблем неосигуране дјеце којима је потребно пружити одређене болничке услуге појављује су и у ентитетима и БД БиХ: веома често (у ФБиХ 9,09%), често (у ФБиХ 27,27%, РС 12,50%, БДБиХ 100%), понекад (у ФБиХ 45,45%, РС 25%), и ријетко (у ФБиХ 18,18% и РС 50%). Ови подаци су садржани у Графикону број 8.

<sup>81</sup> ФБиХ 54,55% и РС 62,50%.

<sup>82</sup> У ФБиХ 90,91% не прима дјецу без здравственог осигурања у службама за дјецу, док у РС 87,50% пружају услуге које су у њиховом домену дјеловања

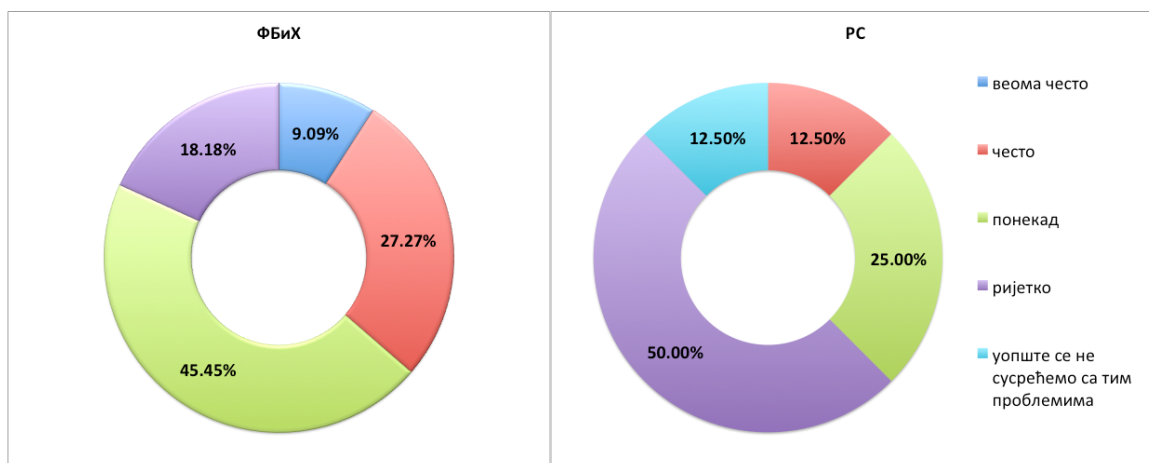
<sup>83</sup> ФБиХ 81,82% и РС 62,50%,

<sup>84</sup> ФБиХ 25% и РС 9,09

<sup>85</sup> БДБиХ 100%

## Графикон 8

### Колико често се сусрећете са проблемом неосигуране дјеце?



Док су представници центара за социјални рад указали на проблем здравственог осигурања дјеце ако нису уписана у матичне књиге, што се посебно односи на дјецу ромске популације, у болницама/педијатријским одјелима ријетко се сусрећу са овим проблемом. Овакав је одговор дало 62,50% испитаника у ФБиХ и 63,64% испитаника у РС, док се у БДБиХ наведени проблем не појављује. Са наведеним проблемом се према мишљењу 25% испитаника у ФБиХ и 27,27% у РС не сусрећу често. Код испитаника из РС и БДБиХ превладава мишљење да дјеца којима је неопходна операција не чекају на ову здравствену услугу, док 9,91% испитаника у ФБиХ су мишљења да дјеца чекају на ову здравствену интервенцију.

У ФБиХ и РС сматрају да би могућност „школе у болници“ била корисна за школску дјецу која су на дужем лијечењу или учесталим хоспитализацијама.<sup>86</sup> Све болнице у РС и БД БиХ које су укључене у ово истраживање навеле су да су званично стекле статус „Болница – пријатељ дјеце“. Упитници достављени од болница у ФБиХ указују да је тај постотак 81,82%.

Дјеца узраста 15-18 година у РС немају могућност приступа интернету у болницама, а испитаници из БДБиХ из непознатог разлога нису одговорили на постављено питање.<sup>87</sup> Приступ интернету у наведеном добном нивоу могућ је само у ФБиХ у малом постотку.<sup>88</sup>

<sup>86</sup> ФБиХ 100%, РС 75%, БД БиХ није одговорено

<sup>87</sup> РС 100%

<sup>88</sup> 27,27%

## Боравак родитеља са дјецом у болницама/службама за дјецу

Одјели за дјецу при болницама у БиХ омогућавају дневни и ноћни боравак родитељима хоспитализоване дјеце.<sup>89</sup> Међутим, родитељи различито плаћају боравак са хоспитализованом дјецом, зависно од ентитета, кантона и БД БиХ, као и старосне доби дјетета. Детаљан приказ је дат у Табели 2.

Табела 2

Износ уплата родитеља приликом боравка са хоспитализованом дјецом у ФБиХ	
Опћа болница Јајце	Плаћа се само у случајевима прописаним кантоналним правилницима о партиципацији пацијената у лијечењу.
Јавна установа болница Травник	Родитељ не плаћа ако има овјерену књижицу и премију осигурања.
ЈЗУ Опћа болница "Др. Мустафа Бегановић" Грачаница	Није наведено да ли се плаћа боравак родитеља.
Кантонална болница "Др Ирфан Љубијанкић" Бихаћ	За дјецу изнад 1 године живота, плаћа се 25 КМ/дан.
Клиника за дјечије болести СКБ Мостар	Ако мајка има упутницу, не плаћа се услуга боравка.
Општа болница Коњиц	Услуга боравка се плаћа 20 КМ, осим мајци дојили до 1 године живота дјетета.
Клинички центар Универзитета Сарајево - Педијатријска клиника	Услуга се не плаћа, само је потребно донијети упутницу за болницу.
Јавна установа Кантонална болница Зеница	Родитељи дјеце са посебним потребама свих профила те умирућа, тешко болесна дјеца, дојиле, до 12 мјесеци не плаћају. Изнад 12 мјесеци, недојиле плаћају 20 КМ партиципације дневно. Међутим, запосленици понекад одступају од писаних правила а ради најбољег интереса дјеце.
Опћа болница Тешањ	Мајка пратиља дјетета до 12 мјесеци борави бесплатно док се преко годину дана плаћа 20 КМ.

<sup>89</sup> Види Анекс IV - Капацитет одјела за мајке пратиље и број мајки пратиља на годишњем нивоу

Центар за мајку и дијете - педијатријска служба „Др. Сафет Мујић“ Мостар	Услуге се не плаћају.
Јавна установа Опћа болница "Прим.др. Абдулах Накаш"	Услуге се не плаћају.
<b>Износ уплата родитеља приликом боравка са хоспитализованом дјецом у РС</b>	
Клинички центар Бања Лука	Мајке дојиље, мајке дјеце са посебним потребама не плаћају услуге боравка у болници, остали плаћају 41 КМ по дану.
Јавна здравствена установа болница Невесиње	Пратиоца приказују као дневна болница.
Општа болница "Св. апостол Лука" Добој	Услуга се не плаћа.
Општа болница Градишка	Услуга се плаћа 45 КМ по дану.
Општа болница "Др. М. Стојановић" Приједор	Мајке дјеце изнад 1 године плаћају 45 КМ по дану боравка.
Општа болница Зворник	Не плаћају мајке које су по закону ослобођене плаћања, док остале плаћају 15 КМ за дјецу до 6 година и 30 КМ за старију дјецу.
Општа болница Требиње	Услуге се не плаћају.
Општа болница " Свети врачевци " Бијељина	Ако је дијете старије од 1 године и нема медицинских индикација да остане мајка уз дијете, онда мајка плаћа 20 КМ по дану.
У Општој болници БДБиХ се боравак мајке уз дијете од 3 године старости плаћа 23 КМ.	



### 4.2.3. Кантонални заводи за јавно здравство ФБиХ

Са циљем добивања сазнања о имунизацији, едукацији дјече и здравствених радника, систематским прегледима школске дјече, истраживачки тим Институције омбудсмена БиХ провео је истраживање путем достављених упитника кантоналним заводима за јавно здравство ФБиХ (у даљњем тексту: кантонални заводи) и добио релевантне податке са терена. Према закону о здравственој заштити,<sup>90</sup> дјелатност кантоналних здравствених завода подразумијева обављање стручних и научноистраживачких здравствених функција из оквира права и дужности кантона у области јавноздравствене дјелатности, медицине рада, болести зависности и спортске медицине.

Истраживањем је обухваћено 10 кантоналних завода за јавно здравство од којих је 7 доставило испуњене упитнике.

Са представницима Завода за јавно здравство ФБиХ и Институтом за јавно здравство РС обављен је консултациони састанак.<sup>91</sup>

#### Имунизација дјече

Добијене информације показују да се на нивоу ФБиХ у великом броју проводе масовни програми за имунизацију дјече, што су испитаници потврдили са 87,50% одговора. Испитаници сматрају да су превентабилне дјечије болести, поремећаји и деформитети присутни у постотку од 1-30.<sup>92</sup>

#### Едукација дјече

Кантонални заводи проводе програме у предшколским установама и школама са циљем повећања свијести о здравом начину живота, имајући у виду исхрану, злоупотребу психоактивних супстанци, пушење, загађеност, рекреацију, безбједност на путу, сексуално понашање.<sup>93</sup> У вези са тим, едукативни материјал кантоналних завода доступан је у свим домовима здравља и заводима за јавно здравство, на веб страници и на упит заинтересованих<sup>94</sup> и 87,50% се дистрибуише у школе.

---

<sup>90</sup> Види члан 43. став 2.

<sup>91</sup> Види стр. 17 и 21

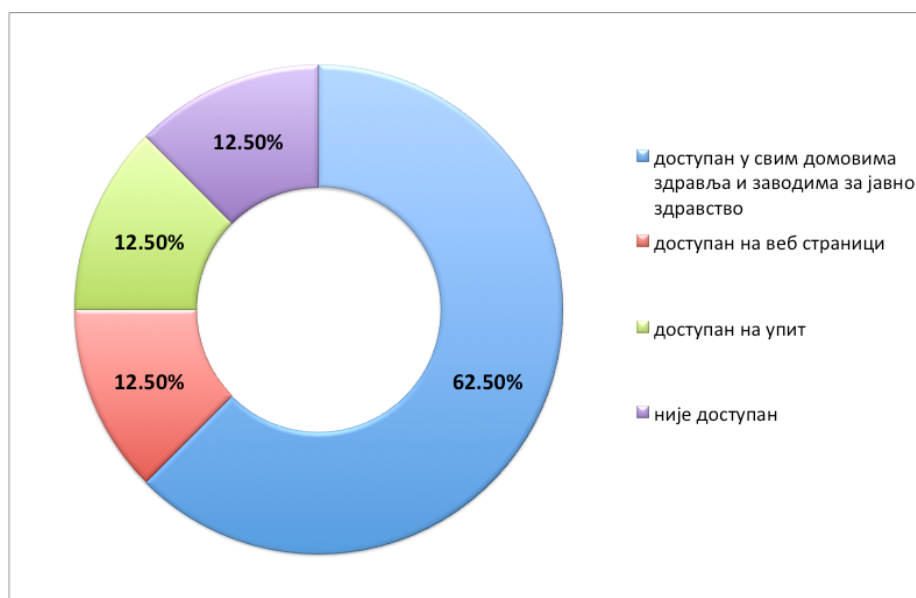
<sup>92</sup> 75,50%, 12,50% испитаника није одговорило

<sup>93</sup> Према мишљењу 75% испитаника

<sup>94</sup> Домови здравља и заводи здравственог осигурања 62,50%, веб страница 12,50%, упит 12,50%, није доступан 12,50%

## Графикон 9

Колико је ваш едукативни материјал о промоцији здравља, превенцији зависности итд. доступан родитељима и дјечи?



### Систематски прегледи школске дјеце

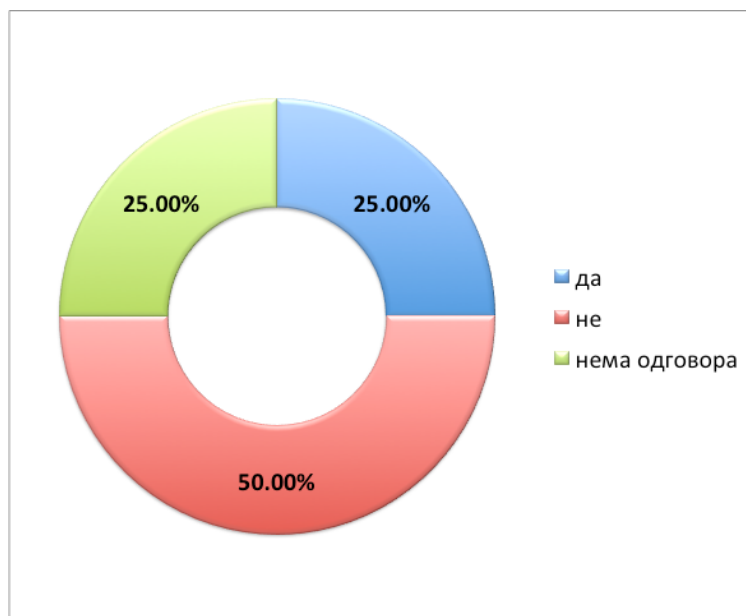
Око 75% испитаника је одговорило да не организују систематске прегледе школске дјеце, док 25% испитаника организује. У погледу обавезе плаћања систематског прегледа 25% испитаника сматра да је родитељ/старатељ дужан да плати љекарске прегледе, 25% сматра да није, 50% испитаника из непознатог разлога није одговорило на постављено питање, што је приказано Графиконом број 10.

Према одговорима малог броја испитаника цијена за наведене услуге износи више од 20 КМ, док велики број испитаника није одговорио на постављено питање.<sup>95</sup>

<sup>95</sup> 25% испитаника одговорило је да је износ уплате за љекарске прегледе за упис дјеце у школи већи од 20 КМ, док чак 75% испитаника није одговорило на постављено питање.

### Графикон 10

Да ли је родитељ /старатељ дужан да плати љекарске прегледе за упис дјече у школу?



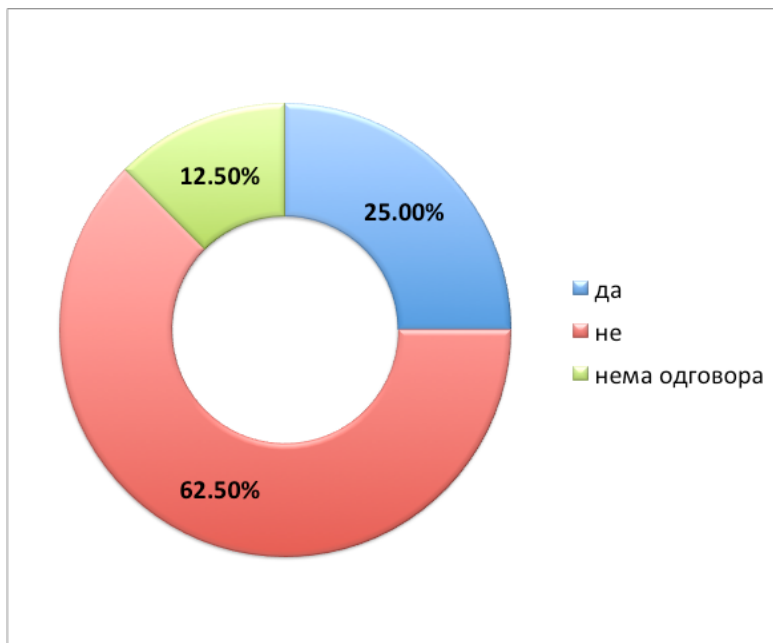
Кантонални заводи проводе антропометријска мјерења школске дјече са циљем праћења раста и развоја те раног препознавања поремећаја и болести.<sup>96</sup>

Заводи у великом постотку не врше скрининг у основној и средњој школи. Од тога, 62,50% испитаника је одговорило да не врше, 25% да врше и 12, 50% испитаника није одговорило.

<sup>96</sup> Овакво мишљење заступа 50% испитаника, а 37,50% испитаника сматра да не проводе.

## Графикон 11

Да ли вршите скрининг стања зуба у основној и средњој школи?



Праћење санитарно-хигијенског стања у школама и објектима за смјештај ученика одвија се најчешће према потреби<sup>97</sup> једном годишње<sup>98</sup> и једном у шест мјесеци.<sup>99</sup>

Заводи проводе едукације здравствених радника за подручје заштите дјете од насиља у породици, али не у великом броју.<sup>100</sup>

<sup>97</sup> 50%

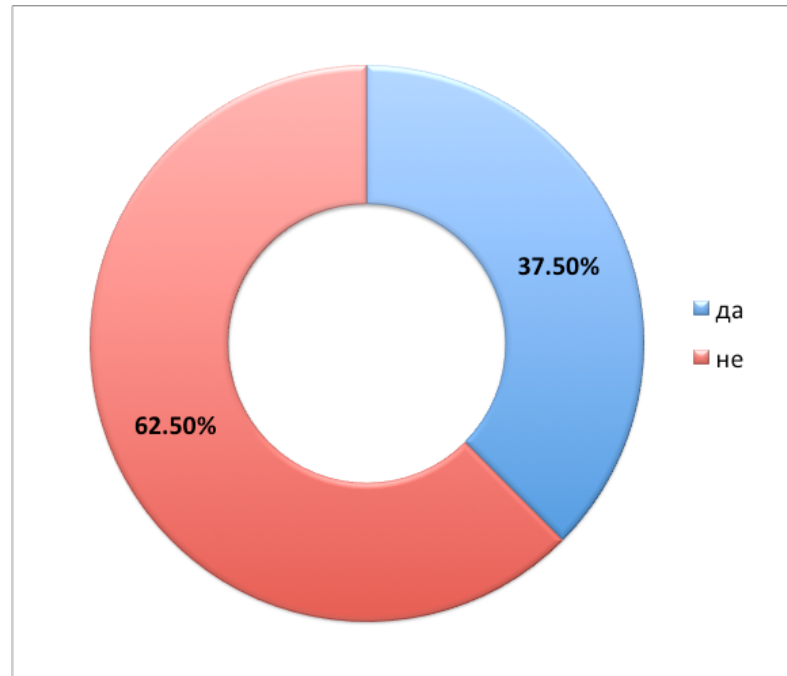
<sup>98</sup> 37,50%

<sup>99</sup> 12,50%

<sup>100</sup> Према мишљењу испитаника 37,50%

## Графикон 12

Да ли проводите едукацију здравствених радника за подручје заштите дјете од насиља у породици?

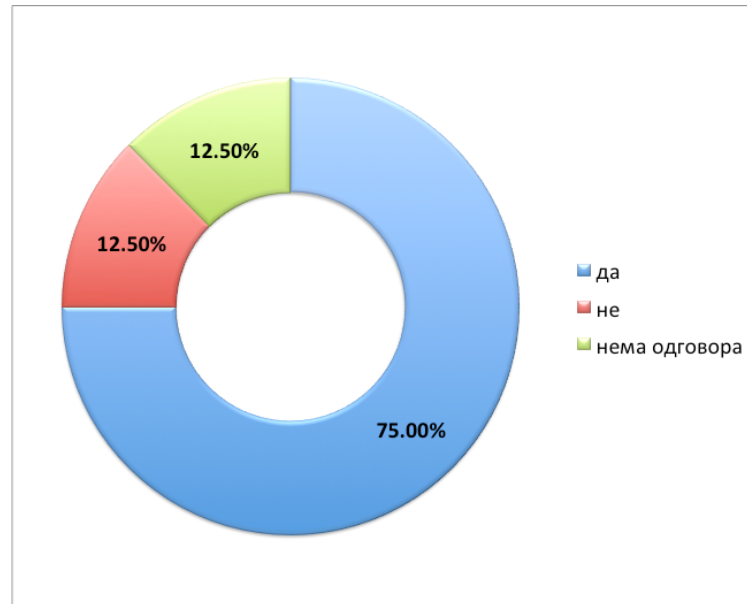


## Институционална сарадња

Са другим здравственим институцијама које брину о здрављу дјете развијена је успјешна сарадња и комуникација. Према достављеним информацијама, 87,50% сматра да је развијена сарадња а 12, 50% испитаника није задовољно сарадњом. Истовремено 75% испитаних завода сматра да дјета са различитих ентитета/кантона имају иста права из здравствене заштите и остварују их једнако у већини завода, док 12,50% испитаника сматра да немају иста права, а 12,50% испитаника није одговорило на постављено питање.

### Графикон 13

Да ли дјеца са различитих ентитета /кантона имају иста права из здравствене заштите и да ли их остварују једнако?



#### 4.3. Запажања са састанака фокус група

Фокус групе одржане су са представницима удружења родитеља и дјеце са психофизичким потешкоћама и представницима ромског невладиног сектора.

##### 4.3.1. Удружења родитеља и дјеце са психофизичким потешкоћама

Укупно је било укључено 17 лица из 10 удружења лица са психофизичким потешкоћама, 4 невладине организације, једног рехабилитационог центра и једног савеза. Број лица по једној фокус групи износио је од 4 до 7 лица.

С обзиром на број учесника у фокус групама, те готово једнако мишљење о постојећим проблемима, обрада и анализа рађена је дескриптивно, при чему су се настојале уважити различитости у остваривању права у ентитету/кантонима гдје су рађене фокус групе.

Сви одговори прикупљени током одвијања фокус групе систематизовани су према кључним питањима и забиљежени онако како су изговорени. Одговори су затим груписани према категоријама на основу чега је формирана наративна цјелина везана за одређену категорију.

## Специфичне забринутости

### а) Архитектонске баријере

У свим сегментима остваривања једнаког приступа и повећања квалитета живота, приоритет су архитектонске баријере које смањују ту могућност. У градовима свакодневан проблем представљају тротоари који су високо подигнути, неравне цесте и услужни објекти који се налазе на просторима намијењеним пјешацима.

Простори су у домовима здравља, амбулантама и болницама неадекватни и углавном нису прилагођени за приступ мајкама са дјецом, посебно ако се дјеца налазе у колицима. У болницама нема прилагођених соба, лифтова, кревета нити тоалета. Чак ни опрема за поједине захвате није прилагођена потребама и узрасту дјече, те обично зависе од помоћи породице.

Приступ амбулантама је дисциплинован, предност имају РВИ, породице погинулих и дјеца са психофизичким сметњама. Учесници истичу да постоји вид дискриминације у смислу предности у пружању услуге, па тако ратни војни инвалиди имају предност над дјецом у колицима. То правило неријетко је истакнуто на видном мјесту унутар здравствених установа, општина и других кључних установа.

- Свјесни ситуације да не постоје свугдје технички услови за рјешавање проблема прилаза за тјелесне инвалиде, у Кантону Сарајево предложено је надлежним институцијама да се оспособи амбуланта гдје ће радити специјалисти за сва подручја и гдје ће се моћи несметано остварити право на одговарајућу здравствену заштиту.
- На подручју ХНК, одређено је законском одредбом да свака установа која се уређује или наново прави треба да има приступ за лица са посебним потребама. Старија градња установа је неприлагођена, а нове су направљене само да задовоље норму. Направљене су само бетонске рампе чиме није обезбијеђен стварни приступ. Понегдје је прилагођен приступ јавним институцијама, али су то углавном прилази вјерској институцији, пошти и хитној помоћи. Позитиван примјер је иницијатива коју је Удружење Пужница покренуло прије четири године, а односи се на израду пројекта за изградњу центра за глуху и наглуху дјецу. Средства за пројекат су добивена, те су урађени груби грађевински радови, при чему је објекат већ у тој фази радова прилагођен дјечи са потешкоћама. Посебна пажња је усмјерена на прилаз, паркинг, интеријер у смислу акустике, па су подови посебни, стакла прилагођена, заобљени су столови. Објекат би почетком 2013. године требало да иде на сертификацију медицинских објеката у ФБиХ.
- У РС, посебно у граду Бања Лука, успостављен је добар однос између удружења и Архитектонског факултета у Бањој Луци. На тај начин се пружа одређена едукација и помоћ при прилагођавању нових градњи лицима са инвалидитетом.

## **б) Ортопедска помагала**

Учесници у све три групе, а које се односе на Сарајево, Мостар и Бању Луку, истакнули су постојање потешкоћа при остваривању права на ортопедска помагала.

Премда су закони предвидјели право на ортопедско помагало, потребе нису сагледане са свих страна, те се у обзир нису узеле развојне промјене и додатна помагала. Па тако, у случајевима дјечије церебралне парализе потребан је низ доградњи (наслон за главу, кости) које се додатно плаћају. Рокови за стицање права на ново помагало у складу са развојем углавном се крећу у оквиру права дјетета да сваке три године стиче право на нова колица. Осим помагала, сличан проблем је и са примарном листом лијекова.

- У Кантону Сарајево истакнуто је да постоји уредба у којој се наводе „инвалидска колица“, али не постоји развојно прилагођавање и прилагођавање по свим критеријумима физичког стања. При томе, ситуација је таква да је скупљи наставак за ноге него партиципација завода за колица. Такође, постоји одредба на нивоу кантона да здравствено осигурање дијелом партиципира при набавци ортопедских помагала, међутим, то није довољно поготово када су у питању колица за дјецу. Завод учествује са 450-500 КМ, све остало родитељ мора да плати.
- У Кантону Сарајево, неколико организација је формирало тијело које се зове Координациони одбор лица са инвалидитетом у оквиру којег покушавају рјешавати сва заједничка питања.
- У ХНК присутно је неслагање Федералног завода здравственог осигурања и кантоналног у вези са плаћањем ортопедских помагала за дјецу. У посљедње двије године постигнут је договор да одређена ортопедска помагала 50% финансира Федерални завод, а 50% кантонални. Ове године, ситуација се промијенила, те се Федерални завод искључио из суфинансирања.
- Учесници у Бањој Луци наводе да при Фонду здравственог осигурања РС дјелује заштитник права из здравственог осигурања, којем се корисници који знају за њега обраћају за заштиту права. Постоји нови Правилник о ортопедским помагалима у РС у којем се већа пажња требала да усмјери на стварне потребе и све поједноставити.

## **ц) Стоматолошка услуга за дјецу са психофизичким потешкоћама**

Не постоји специјализована стоматолошка амбуланта за дјецу и одрасле са потешкоћама, нити је пружена пракса или додатна едукација за стоматологе и стоматолошке техничаре. Дакле, не ради се о посебној опреми потребној за стоматолошку интервенцију или само превенцију одређеног обољења, већ је потребно само додатно едуковано стручно особље.



Удружење из Сарајева формирало је једну такву амбуланту која је врло кратко функционисала због постојања страха код стоматолога и одговорног посла. Родитељи углавном користе приватне стоматолошке услуге за своју дјецу што је финансијски неисплативо, а такође и ризично.

На подручју ХНК и ЗХК постојао је пројекат за пружање стоматолошких услуга дјечи са потешкоћама уз помоћ којег су услуге биле пружене у појединим општинама (Мостар, Широки Бријег и Требиње). По престанку пројекта, дјеци је ускраћена могућност за одговарајуће пружање стоматолошких услуга. Домови здравља нису регистровани као установе које могу радити општу анестезију, а болнице немају специјализованог стоматолога који би се бавио поправљањем зуба. У Дому здравља Мостар раде 3 дјечија специјалиста стоматологије с тим да 2 иду у пензију ове године, а један идуће. Друге општине и околна мјеста немају ниједног дјечијег стоматолога, тако да дјеца на подручју ХНК генерално немају стоматолога. Уколико би се оформила стоматолошка амбуланта, вјерују да би било могуће организовати љекаре који су вољни чак и да волонтирају. С обзиром да је послан допис Институцији омбудсмена БиХ поводом ситуације у вези са непостојањем зубне амбуланте, а ускоро и дјечијих стоматолога на нивоу ХНК, надају се позитивном рјешењу ове ситуације.

#### **д) Људски ресурси у здравственим установама**

Добивене информације из све три фокус групе указују на мањак квалификованог особља за

*добивене информације из све три фокус групе указују на мањак квалификованог особља за усмјерен рад са дјецом са психофизичким потешкоћама*

усмјерен рад са дјецом са психофизичким потешкоћама. У примарној заштити углавном нема запослених дефектолога, логопеда, рехабилитатора слуха. Представници удружења у граду ангажују стручне особе дефектологе, логопеди, психологе, који

*у примарној заштити углавном нема запослених дефектолога, логопеда, рехабилитатора слуха*

пружају услуге два пута седмично или више. Најчешће такве услуге плаћају родитељи који су у финансијској могућности. Неопходно произилази да сва дјеца немају исту основу за остваривање права, те да неопходне услуге имају она сретна дјеца чији родитељи то могу подржати.

Сматрају да примарна заштита нема довољно ни љекара опште праксе ни медицинских лица, те се услијед обима посла чека сатима на преглед. Професионалаца за рад са дјецом са психофизичким потешкоћама готово никако нема, а потражња за таквим кадром није велика у здравственим установама без обзира на постојеће исказане потребе. Најчешћи начини коришћења тих услуга су индивидуални ангажмани тог кадра као вањских сарадника. Такво нешто за дјецу са одређеним потешкоћама представља изузетан напор. Истиче се и одређена предрасуда студената који буду на

волонтерском стажу у установама за третман и рехабилитацију дјеце са посебним потребама, што се може посматрати као страх услијед недовољне едукованости студената за вријеме студија.

*сва дјеца немају исту основу за остваривање права, те да неопходне услуге имају она сретна дјеца чији родитељи то могу подржати*

При Клиничком центру у Мостару нема Одјела психијатрије за дјецу, док у Сарајеву и Бањој Луци постоје, што су уједно и једина два одјела. Центри за ментално здравље, према искуствима учесника, недовољно се баве проблемима дјеце са психофизичким потешкоћама и дјеце уопште, те већу пажњу усмјеравају на одрасла лица. Истичу да су људи у примарној заштити преоптерећени и да их има премало на број пацијената који константно расте. Услуга кућне посјете није најчешће доступна због недовољног броја запосленика или сличних разлога.

#### **е) Едукованост и доступност информација**

Одговорност за непостојање благовремених и тачних информација у највећој мјери приписује се запосленицима завода и фонда, као и љекарима у области примарне и секундарне здравствене заштите. Дешава се да ни љекари немају информације коме се обратити и шта учинити у случају дјетета са нпр. Дауновим синдромом.

Учесници састанка фокус групе сматрају да се здравствени радници у свом послу треба да ослоне на Декларацију о правима пацијената, према којој сви здравствени радници морају имати посебан однос у комуникацији са родитељима. Неодговарајућа комуникација и непреношење информација на једноставан начин родитељима представља изузетан проблем и ствара одбојност и неповјерење родитеља према љекарима. Додатни проблем је недовољна едукованост љекара за област психофизичких потешкоћа, али и несензибилност. Неријетке су конфликтне ситуације између педијатара и родитеља због давања погрешних дијагноза, лијекова и информација. Иста ситуација присутна је и у примарној и у секундарној здравственој заштити.

Други дио одговорности односи се на родитеље за које је важно да се информишу. Важно је едуковати родитеље, јер из пуког незнања немају информације, не знају коме се обратити и на који начин. Дјеца са психофизичким потешкоћама у том случају не остварују сва права. Важно је да се родитељи информишу и да се ради на едукацији родитеља. Искуства су иста у свим дијеловима БиХ у којима су проведене фокус групе.

Циљ представника удружења који су учествовали у ове три фокус групе јесте да се проблематичне ситуације предухитре, те се омогући барем благовремена и одговарајућа информација за родитеље дјеце са психофизичким потешкоћама.

### **4.3.2. Представници ромског невладиног сектора**

Укупно је било укључено 8 лица из 7 ромских удружења и 1 невладине организације, „Земља дјецe“ Тузла. Број лица по једној фокус групи износио је 4, што је мање него позвани и планирани број људи.

#### **Запажања са фокус група**

С обзиром на мали број учесника у фокус групама, те готово једнако мишљење о постојећим проблемима, обрада и анализа рађена је на два нивоа:

1. Сви одговори прикупљени током одвијања фокус групе систематизовани су према кључним питањима и забиљежени онако како су изговорени.
2. Одговори су затим груписани према категоријама на основу чега је формирана наративна цјелина везана за одређену категорију.
3. Због малог броја учесника и јединственог става према постављеним питањима, није изражено процентуално учешће сваке од категорија одговора.

#### **Специфичне забринутости**

##### **а) Остваривање права на здравствено осигурање, бесплатно лијечење и здравствену заштиту у цијелости**

Сви учесници фокус група у Сарајеву и Тузли навели су да је проблем постојан и изражен, те да је један од основних проблема у ФБиХ да се не имплементира постојећи Закон о здравственом осигурању.

Незадовољство постојећим стањем у области здравствене заштите, а посебно здравствене заштите дјецe Рома, произилази из спорог или никаквог рјешавања проблема, те је неопходно одвојити појам остваривања права на здравствену заштиту и адекватност здравствене заштите. Поред закона и мјера којима свако дијете до 15 година мора да буде здравствено збринуту, неријетко се дешавају ситуације неминовног плаћања појединачних услуга. Потешкоће произилазе и из чињенице да здравствене установе не примају дјецу са мјестом пребивалишта у другом кантону, што представља посебан проблем код Рома с обзиром на њихову склоност ка миграцијама унутар државе. Руралне средине искључене су услијед недостатка информација, немогућности приступа, непостојања превоза до установа здравствене заштите и слично.

Посебан проблем представљају дјеца која нису уписана у матичне књиге рођених, а то је чест случај код дјеце припадника ромске националне мањине. Такође, сматрају да је недовољна пажња усмјерена на висок степен побачаја код младих дјевојака Ромкиња.

Учесници јединствено не искључују одговорност Рома за потешкоће настале при остваривању права на здравствено осигурање дјеце. Многа дјеца немају здравствену заштиту због небриге родитеља, неблагоприятног јављања на надлежни биро за запошљавање. Нису ријетки случајеви када је родитељ добио једнократну новчану помоћ за плаћање премије, али је средства утрошио у друге сврхе. Учесници у обје фокус групе истичу да свако дијете мора да буде здравствено осигурано на терет државе, те на тај начин буде заштићено и од несавјесног родитеља. Тај став и такви случајеви односе се на сву дјецу, без обзира на националну припадност.

- Учесници фокус групе у Сарајеву истичу да према законским одредбама дијете до 15 година мора на неки начин да оствари здравствену заштиту, али да познају низ случајева у којима дјеца похађају школу, а не остварују право на здравствено осигурање. Према субјективној процјени представника ромског удружења, 70% ромске дјеце у Кантону Сарајеву није покривено здравственим осигурањем.
- У Тузланском кантону направљени су позитивни помаци при остваривању права на здравствену заштиту дјеце Рома. У 2007. години покренута је кампања за дјецу у складу са међународним стандардима и конвенцијама, посебно у циљу обезбјеђења права дјеце до 18 година на здравствено осигурање, без обзира на статус и зависност од родитеља/старатеља. То је услиједило након доношења одлуке од стране Министарства за рад и социјалну политику Тузланског кантона гдје су здравственом заштитом обухваћена сва дјеца од једне године па до краја основношколског образовања. Уколико се наставе образовати, здравствено осигурање остварују преко Министарства образовања ТК и Центра за социјални рад, те су они надлежни за покривање трошкова. При томе, потешкоће настају због административне процедуре при остваривању права на здравствено осигурање, с обзиром да родитељи свака два мјесеца морају донијети потврду да дјеца иду у школу. Такође, велики број дјеце која не упишу средњу школу, а са 15 година немају могућност пријаве на завод за запошљавање, остаје без права на здравствено осигурање. Према истраживању проведеном у Општини Тузла, установљено је да преко 500 дјеце која похађају школу нема здравствено осигурање. Сматрају да је кључни сегмент неинформисаност ученика и родитеља о правима.
- Други истакнути проблем у Тузланском кантону јесте плаћање премије здравственог осигурања, односно маркице. У Тузли општина покрива велики дио маркица за дјецу Роме, али то није случај у другим општинама Тузланског кантона. На тај начин постиже се дискриминација по територијалном принципу унутар кантона, али и државе, јер, на примјер, дјеца у РС не плаћају партиципацију, а у ФБиХ се она плаћа у појединим кантонима. Учесници истичу

да је неопходно да сва дјеца буду једнака и имају бесплатно здравствено осигурање.

#### **б) Имплементација Акционог плана за здравствену заштиту Рома, у сегменту који се односи на имунизацију дјеце ромске националности**

Генерално је присутан висок степен незадовољства у обје фокус групе спрам провођења Акционог плана и транспарентности утрошених средстава, посебно у сегменту који је планиран за здравствену заштиту дјеце. Од предвиђених средстава према Методологији провођења Акционог плана за здравствену заштиту Рома, већи дио средстава усмјерен је на имунизацију дјеце. Учесници једногласно наводе изузетну нетранспарентност и нетачност при извјештајним подацима о броју вакцинисане дјеце. Наведена су дјеца која нису вакцинисана у Кантону Сарајево и Тузланском кантону, а представници ромских заједница били су искључени из цјелокупног процеса. Представници наводе да је непотребан акценат стављен на имунизацију у претходним годинама, с обзиром да је свако од њих ко је упознат са законским прописима дужан да своје дијете води на вакцинацију у одређеном периоду коју налаже здравство. Према незваничним информацијама, 2011. године у децембру остало је 30 000 КМ што је утрошено за информативне кампање. У 2012. години предвиђена средства наводно ће се усмјерити на дезинфекцију ромских насеља.

Сматрају да је кључно да се средства предвиђена за здравствену заштиту усмјере на стицање здравственог осигурања и едукацију Рома о њиховим правима у смислу добивања здравственог осигурања.

#### **ц) Сарадња са другим актерима и доступност информација**

Роми су врло мало укључени у радне групе које се односе на њихову егзистенцију и провођење Акционих планова. Ипак, истичу да је проблем и у Ромима, јер неријетко чланови битних комисија и радних група постају неквалификовани Роми. Сарадња постоји, али би било боље да за партнере узимају Роме који су квалификовани за ту област.

Ромске невладине организације ојачале су и електронским путем добивају релевантне информације и податке, те добивене информације просљеђују у ромске заједнице. Неопходна је боља сарадња са установама у области здравствене заштите, да би се информације благовремено и адекватно могле дистрибуисати. Постоји доступан информативни материјал у појединим домовима здравља, али није користан за све с обзиром на висок степен неписмености. Већина родитеља и дјеце не зна која су њихова права, посебно у области здравственог осигурања и здравствене заштите. Сматрају да су здравствене установе дужне да транспарентно пруже информације и учине их доступним дјечи и родитељима. Надлежне социјалне службе такође не дају информације на адекватан начин, посебно имајући у виду степен образованости. Завод здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању и Законом о здравственој заштити обавезан је да редовно проводи информативне кампање о

правима и начину остваривања права из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Дужни су то да чине путем јавних кампања, кроз медијске канале, али и дистрибуцијом по насељима и руралним мјестима. Ипак, чешћи је случај да тај посао преузимају невладине организације које информишу на теренски начин, разговором са људима, уз помоћ информативног материјала и на све друге расположиве начине.

Удружења Рома у Тузланском и Кантону Сарајево имају састанке на којима се разговара са родитељима, гдје родитељи добију савјете и упутства гдје и коме се обратити. Наглашавају да су удружења само један сервис који даје савјет како и на који начин лице може да оствари своја права и права свог дјетета.

На иницијативу невладине организације, у Тузланском кантону постављен је оглас за родитеље у једној основној школи.

Представници сматрају да је надлежно министарство образовања дужно да упутује допис школама о основним правима ученика, и дадне инструкцију о обавези школа да шире ту информацију ученицима и родитељима. Имајући у виду да је школа мјесто гдје дјеца проводе велики дио времена, наводи се изражена незаинтересованост школа.

#### **4.3.3. Удружење „Отахарин“, Бијељина**

Удружење „Отахарин“ највећи број активности усмјерава на повећање броја дјеце која похађају школу, укључивање дјеце у Центар за активности овог удружења, те повећање свијести о значају интегрисања Рома у друштвену заједницу. Посебну пажњу посвећују проблему просјачења.

#### **Запажања фокус групе**

У област здравствене заштите чланови удружења „Отахарин“ укључени су преко пројеката које проводи Министарство здравља РС у сарадњи са Домом здравља у Бијељини. Такав један пројекат у последње вријеме односио се на мапирање и освјешћивање проблема анемије код дјеце у који су укључена и ромска дјеца као и њихови родитељи. Дио активности проводио се у Центру за активности удружења «Отахарин». Приликом провођења тог истраживања уочено је да многа дјеца доби до 15 година немају здравствени картон, иако имају право на њега. То се приписало највише немару родитеља и њиховој неодговорности. Са друге стране, они који су остварили право на здравствено осигурање, најчешће немају средства за плаћање партиципације. Ова сазнања односе се на дјецу Роме која похађају основну школу, с обзиром да средњу школу тренутно похађа само једно дијете иако је у последње 4 године уписано њих укупно 11. Најчешћи разлози напуштања школе су недовољна интегрисаност у друштво, неповјерење у образовни систем, традиционални начин живота Рома, мањим дијелом и материјална ситуација. Удружење Рома «Отахарин» покрива заправо већину трошкова за ту дјецу која похађају школу. Дјеца која не похађају школу бивају искоришћена за рад и просјачење, па је потребно посебну пажњу усмјерити на дјецу старосне доби 15-18 година која не остварују законско право на здравствено осигурање ни по којем основу.

## **Специфичне забринутости**

### **а) Евиденција дјече**

Не постоји нека званична евиденција броја дјече ромске националности на подручју општине Бијељина. Истовремено, доступна је статистика према којој 140 дјече на том подручју похађа школу. Према задњем попису које је радило Министарство за људска права и избјеглице БиХ, око 200 породица живи на овом подручју. Велику потешкоћу представљају миграције које су врло честе и познате за подручје Бијељине. То доводи до ситуација да се не зна за неку дјецу, да велики дио њих није уписан у матичне књиге рођених. Проблем представљају и породице које користе туђе здравствене књижице при порођу с обзиром да не посједују своје здравствено осигурање.

### **б) Сарадња са другим удружењима**

Сарадња са активнијим удружењима у општини Тузла постоји, али није довољна.

### **ц) Провођење Акционог плана**

Провођење Акционог плана за здравствену заштиту је спорно. Имунизација би заправо требало да буде бесплатна с обзиром на то да је то обавеза државе. Осим имунизације одређеног дијела дјече, ништа друго није урађено у односу на обавезе утврђене Акционим планом. Требало би радити на здравственом осигурању све дјече и здравственој заштити породица с обзиром да Роми не обраћају пажњу на планирање породице и заштиту од полно преносивих болести. Недовољно се проводе такви видови едукација жена Ромкиња. Сматрају да би Центар за ментално здравље Бијељина могао да проведе те врсте едукација. Присутна је велика неедукованост родитеља Рома спрам заштите здравља. Неријетко прибјегавају хомеопатским начинима лијечења, те избјегавају традиционалне начине лијечења.

## **V ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА ОМБУДСМЕНА**

Добро организована здравствена заштита дјече у БиХ представља основ за осигурање услова за цјеловит развој дјетета, безбједно и сретно дјетињство, да ублажи, отклони и искључи неке негативне здравствене утицаје.

Услови за успостављање квалитетне здравствене услуге су, између осталог, квалитетни програми, промоција здравља како у здравственим установама, тако и у обдаништима, школама и локалној заједници, редовни и сигурни извори финансирања, примјерен однос броја дјече и здравственог особља, добро обучено здравствено особље као и укљученост родитеља.

Омбудсмени желе посебно да укажу на сљедеће слабости система здравствене заштите дјече у БиХ:

- Кроз истраживање о здравственој заштити дјеце у БиХ утврђено је да су процедуре за остваривање права на приступ здравственој заштити у супротности са одредбама Конвенције о правима дјетета, којом се уређује питање здравствене заштите, а та заштита мора да буде обезбијеђена сваком дјетету до 18 година.
- Ситуациона анализа показала је да у оквиру здравствене заштите дјеце у БиХ није обезбијеђен једнак приступ и једнаке могућности, уз обезбјеђење једнаких услова за сву дјецу.
- Утврђена цијена партиципације за услуге из здравствене заштите дјеце у БиХ представља ограничавајући фактор обезбјеђења да сва дјеца уживају једнаке услуге.
- Установе које пружају услуге здравствене заштите суочавају се и са проблемом недостатка одређених образовних профила, као и додатне едукације постојећег кадра.
- Ситуациона анализа показала је да нису успостављене додатне мјере укључивања дјеце са психофизичким потешкоћама, као и дјеце из маргинализованих група као што су Роми, (интерно расељена лица) итд.
- Уложени напори на креирању минимума стандарда у вези са здравственом заштитом дјеце у БиХ нису у довољној мјери резултирали да услуге здравствене заштите дјеце буду прилагођене потребама развијеног друштва.

Омбудсмени се користе приликом да упознају стручну и ширу јавност да је УН Комитет за права дјетета разматрао обједињен други, трећи и четврти периодични извјештај Босне и Херцеговине, те на својим сједницама, одржанима 19.09.2012. године и 05.10.2012. године, усвојио закључна запажања и препоруке, те их упутио држави Босни и Херцеговини.<sup>101</sup>

Када су у питању дјеца са инвалидитетом, у великом дијелу су исте забринутости и препоруке Комитета са препорукама и забринутостима Омбудсмена из Специјалног извјештаја о правима дјеце са посебним потребама/сметњама у психофизичком развоју из 2010. године.

Комитет, између осталог, понавља своју претходно изречену препоруку из 2005. године, да држава предузме све потребне мјере да би се обезбиједило да сва дјеца

---

<sup>101</sup> Држава БиХ, невладине организације у БИХ, УНИЦЕФ у БиХ и Институција омбудсмена БиХ су Комитету доставили извјештаје о стању права дјетета у БиХ и о примјени Конвенције, а потом је Комитет, разматрајући све извјештаје, доставио држави БиХ запажања и препоруке, а све у циљу пуне имплементације Конвенције о правима дјетета



уживају приступ квалитетним здравственим услугама, са посебним освртом на угрожену дјецу, посебно ромску дјецу.

## VI ГЕНЕРАЛНЕ ПРЕПОРУКЕ

1. Федералном министарству здравства, кантоналним министарствима здравства, Министарству здравља и социјалне заштите РС, *да предузму мјере у циљу обезбјеђења безусловне и бесплатне здравствене заштите за сву дјецу у БиХ.*
2. Заводима здравственог осигурања и Фонду здравственог осигурања РС
  - *да проводе јавне кампање у локалним заједницама, посебно у ромским заједницама о праву на здравствено осигурање и заштиту,*
  - *да се здравствене књижице дјеце са психофизичким потешкоћама не овјеравају сваког мјесеца.*
3. Заводу здравственог осигурања Унско-санског кантона  
Заводу здравственог осигурања Тузланског кантона  
Заводу здравственог осигурања Херцеговачко-неретванског кантона  
Заводу здравственог осигурања Западнохерцеговачког кантона  
Заводу здравственог осигурања Средњобосанског кантона  
Заводу здравственог осигурања Херцегбосанског кантона
  - *да дјеца буду ослобођена непосредног личног учешћа у виду годишње премије - маркица.*
4. Федералном министарству образовања и Министарству просвјете и културе РС
  - *да размотре и испитају могућност да се у средњим школама и факултетима када год је то могуће, укључујући медицинске школе и медицинске факултете, факултете друштвених наука, педагошки факултет, факултет социјалног рада, педагогије уведе обавезан вид праксе и ради остваривања циљева укључе невладине организације из области заштите дјечијих права, да се будући запосленици едукују и стекну осјећај за рад са дјецом с психофизичким потешкоћама.*

5. Влади ФБиХ/владама кантона, Влади РС и Влади БДБиХ

- *да се у складу са расположивим финансијским могућностима изврши издвајање буџетских средстава за финансијску подршку домова здравља на нивоу ентитета, те на нивоу БДБиХ за упошљавање додатног стручног кадра у теренским амбулантама и унапређење посебних тимова за рад са дјецом при центрима за ментално здравље.*
- *да се издвоје финансијска средства за оспособљавање специјализованих стоматолошких амбуланти за дјецу са посебним потребама у домовима здравља на нивоу ентитета и теренским амбулантама на нивоу БДБиХ.*
- *да се издвоје финансијска средства за јачање људских ресурса и кадровску оспособљеност здравствених радника на нивоу ентитета и БДБиХ.*

## Анекс I

Распоред консултативних састанака са представницима министарстава на нивоу ентитета и БД БиХ, представницима Завода за јавно здравство ФБиХ, Институтом за јавно здравство РС и Одјељењем за здравство и остале услуге БД БиХ.

Установа	Датум одржавања састанка	Састав делегације установе <sup>102</sup>
Федерално министарство здравства	21.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ др. Вилдана Додер, помоћница министра здравства ФБиХ</li> </ul>
Завод за здравствено осигурање и реосигурање ФБиХ	22.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Јасна Хасић-Слијепчевић, замјеница директора</li> <li>➤ Кадих Мухарем, Прим. др. спец. мед., Служба за медицинско-фармацеутске послове</li> </ul>
Завод за јавно здравство ФБиХ	22.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ирена Јокић – Служба за социјалну медицину и организацију здравствене дјелатности</li> <li>➤ Алма Гусинац - Шкопо – Здравствена статистика</li> <li>➤ Аида Филиповић Хациомеровић – Служба за здравствену екологију</li> </ul>
Министарство здравља и социјалне заштите РС	26.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Амела Лолић, замјеница министра</li> </ul>
ЈЗУ Институт за јавно здравство РС	27.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Мр. сци. др. Слађана Шиљак, начелница службе</li> </ul>
Фонд здравственог осигурања РС	27.06.2012. године	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Биљана Родић Обрадовић, извршни директор Сектора за развој здравственог осигурања</li> <li>➤ др. Мира Зрилић</li> </ul>

<sup>102</sup> Састав делегације Институције омбудсмена БиХ чиниле су стручна савјетница и приправница у Одјелу за праћење права дјетета

Одјељење за здравство и остале услуге БД БиХ	08.08.2012. године	➤ Бранимир Филиповић, замјеник шефа владиног Одјељења за здравство БД БиХ
Центар за социјални рад Мостар	09.11.2012. године	➤ Здравка Марић, шеф правних и општинских послова
Центар за социјални рад Зеница	09.11.2012. године	➤ Нурка Бабовић, директорица ➤ Халил Шабановић ➤ Ејаз Шраић ➤ Ламија Пиљуг, службеници
Центар за социјални рад Тузла	12.11.2012. године	➤ Соња Брчиновић, директорица ➤ Елвира Јахић, дипл. иур
Центар за социјални рад Бања Лука	13.11.2012. године	➤ Јадранка Штркић, дипл. иур ➤ Дијана Батош, дипл. социјални радник
Центар за социјални рад Бихаћ	15.11.2012. године	➤ Аида Османовић, директорица

## Анекс II

### Број установа примарне здравствене заштите

<b>ФБиХ</b>	
Унско-сански кантон	8
Посавски кантон	3
Тузлански кантон	13
Зеничко-добојски кантон	12
Босанско-подрињски кантон	3
Средњобосански кантон	11
Херцеговачко-неретвански кантон	10
Западнохерцеговачки кантон	4
Кантон Сарајево	9
Кантон 10	5

<b>РС</b>	
Регионални центар Бања Лука	19
Регионални центар Бијељина	3
Регионални центар Добој	7
Регионални центар Источно Сарајево	6
Регионални центар Фоча	6
Регионални центар Требиње	6
Регионални центар Зворник	6

<b>БДБиХ</b>	
Здравствени центар Брчко	11
Здравствени центар Бијела	4
Здравствени центар Маоча	4

### Анекс III

Назив установе	Број тимова за здравствену заштиту дјеце	Број сарадника у радном тиму	Број доктора специјалиста	Број доктора специјализаната	Број високих здравствених радника	Број виших медицинских техничара	Број медицинских техничара
Дом здравља Илица (КС)	9	/	8	/	2	16	/
Дом здравља "Др. Исак Самоковлија" Горажде	2	2	/	/	/	/	/
Дом здравља "Изудин Мулабећировић - Изо" Тешањ	1	/	1	1	/	/	3
Дом здравља Босанска Крупа	2	/	2	/	/	1	5
Дом здравља Бреза	1 тим за 0-6 год., 3 тима породичне медицине за 6-25 год.	/	2х седмично 1 др. опште медицине	1	/	1, 2х седмично	1
Дом здравља Центар (КС)	11	/	11	/	/	3	16
Дом здравља Читлук	1	/	1	/	1	/	2
Дом здравља Фоча - Устиколина	1	3	1	/		/	2
Дом здравља Фојница	1	2	7	3	2	/	25
Дом здравља Гламоч	* у склопу породичне медицине - уз мјесечни долазак педијатра из Ливна	1	1	/	/	/	/
Дом здравља Грачаница	3	3	3	/	1	/	5
Дом здравља Илијаш (КС)	3	10	2	1	/	1	5

Дом здравља Јабланица	2	1 доктор 2 мед. техничара	2	/	/	1	3
Дом здравља Кисељак	2	4	2	/	/	/	4
Дом здравља Кључ	5	/	2	1	/	1	10
Дом здравља Крешево	1	2	1	/	/	1	1
Дом здравља Ливно	/	/	1	/	1	1	3
Дом здравља Лукавац	/	/	2	1 лекар који још није на специјализацији	2	/	5
Дом здравља Љубушки	2	/	2	1	/	/	3
Дом здравља Маглај	1	4	1	/	/	/	3
Дом здравља Неум	Ради 5 лекарских тимова који обезбјеђују лекарску бригу за све становништво	/	/	/	/	/	/
Дом здравља Орашје	1	3	1	/	1	/	1
Дом здравља са поликлиником "Др. Мустафа Шеховић" Тузла	11	1 спец. педијатар и 1,5 мед. сестра	/	2	3	1	/
Дом здравља Столац - Узиновићи	2	/	1	1		/	/
Дом здравља Широки Бријег	4	/	/	/	/	/	/
Дом здравља Томиславград	2	/	1	1	/	/	4
Дом здравља Велика Кладуша	2,66	/	1	1	1	2	3
Дом здравља Витез	2	3	1	/	/	/	2
Дом здравља Зеница	10	3	7	3	/	/	21

Дом здравља Живинице	4	/	2	1	/	/	6
Дом здравља Србац	до 6 год. 1 тим, преко 6 год. 12 тимова породичне медицине	/	/	/	/	/	/
Дом здравља "Др. Младен Стојановић" Лакташи	2	2	2	1	/	/	3
Дом здравља "Свети Лука" Билећа	7	3	1	/	/	/	2
Дом здравља Бања Лука	128+14+11	2	113+8+5+11	7+4+3+1	128+20	25+3	175+36+20
Дом здравља Бијељина	4	3	4	1	/	/	8
Дом здравља Брод	10	2	2	2	13	4	24
Дом здравља Дервента	2	3	2	/	/	/	3
Дом здравља Добој	0-6 кез покрива 3 педијатра, а преко 32 спм	2	3	/	/	/	7
Дом здравља Градишка	2	/	2	/	/	1	4
Дом здравља Источно Сарајево	1	2	1	1	/	/	2
Дом здравља Костајница	5	/	2	1	7	2	14
Дом здравља Крупа на Уни	/	/	/	/	/	/	/
Дом здравља Лопаре	/	/	/	/	/	/	/
Дом здравља Модрича	2	/	2	/	/	/	4
Дом здравља Невесиње	1		1	1	/	/	2
Дом здравља Ново Горажде	1	2	1		/	/	1
Дом здравља Приједор	3	3	4	1	/	1	4
Дом здравља Сребреница	6 + 1 педијатар	/	3	1	/	3	13



Дом здравља Трново	/	/	/	/	/	/	/
Дом здравља у Кнежеву	/	/	1	/	/	/	1
Дом здравља Вишеград	8	3	7	1	10	1	15
Дом здравља Власеница	1	/	1	/	1	/	3
Дом здравља Зворник	4	2	4	/	6	/	6
Одјел за здравство и остале услуге Брчко Дистрикт	5	/	5	/	/	1	9

Психолог / социјални радник	Број одређених осигураних лица на један радни тим	Центар за ментално здравље								
		Број тимова за рад са дјецом при центру за ментално здравље	Број сарадника у радном тиму	Стручни сарадници у радном тиму						Психолог / социјални радник
				Број доктора специјалиста	Број доктора специјализаната	Број високих здравствених радника	Број виших медицинских техничара	Број медицинских техничара		
/	1000 предшколска дјеца, 2000 школска дјеца	/	/	/	/	/	/	/	/	
1 психолог / 1 социјални радник	3000	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	око 2000	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	Тим предшколске дјеце 1,827 / Тим школске дјеце и омладине 3,923	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	0-6 год. 687, 7-19 год. 1693	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	866 предшколска дјеца, 1100 школска дјеца	/	/	/	/	/	/	/	/	
1		/	/	/	/	/	/	/	/	
/	350	/	/	/	/	/	/	/	/	
1	2000	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
1	1500	/	/	/	/	/	/	/	/	
1	1000	/	/	/	/	/	/	/	/	

	do 2000	/	/	/	/	/	/	/	/
1/4 психолог 1/4 социјални радник	2500	/	/	/	/	/	/	/	/
/	oko 500	дипл. психолог, спец. неуропсихија тар	2	1	/	/	/	/	1 психолог / 1 социјални радник
/	1500	/	/	/	/	/	/	/	/
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1	2500	/	/	/	/	/	/	/	/
/	2772	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	10	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1	1300	/	/	/	/	/	/	/	2 психолога / 1 социјални радник
/	502	/	/	/	/	/	/	/	/
/	1200	1	5	1	/	1	/	/	1
1 психолог	4230	/	/	/	/	/	/	/	/
1 психолог / 1 социјални радник	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	3500	/	/	/	/	/	/	/	/
	2500-3000	/	/	/	/	/	/	/	/
1 психолог / 1 логопед / 1 социјални радник	/	/	/	/	/	/	/	/	/

1	do 6 god. 950	/	/	/	/	/	/	/	/
/	800	/	/	/	/	/	/	/	/
/	160	/	/	/	/	/	/	/	/
/	700	1	4	1		1	2	/	1 психолог, 1 логопед, 1 дефектоло г, 1 социјални радник
1+1	800			3	1	/	3	6	1+1
/	око 1500					/	/	/	/
/	1400	2	3	3	1	3	/	6	1
/	1500	1	6	/	/	4	/	2	1
2 психолога 1 социјални радник	1300	/	/	/	/	/	/	/	/
1	0-6 год. 1209, 6-15 год. 3100	1	/	2	1	/	/	2	1
/	179-217	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	1300	/	/	/	1	/	/	4	1 психолог / 1 социјални радник
/	562	/	/	/	/	/	/	/	/
/	143	/	/	/	/	/	/	/	/
/	800	/	/	/	/	/	/	/	/
1	93 (педијатар), до 150 по тиму	/	/	/	/	/	/	/	/

/		/	/	/	/	/	/	/	/
/	800 на 1 тим	/	/	/	/	/	/	/	/
1 психолог	0-6 око 60, преко 6 год. око 200	/	3	2	1	4	/	3	1 психолог
1	764	/	/	/	/	/	/	/	/
2	800	/	/	/	/	/	/	/	/
/	око 12000	/	5	2	планиран 1	/	1	5	2 психолога / 1 социјални радник

#### Анекс IV

Назив установе	Начин финансирања	Укупан број запослених у служби/одјељењу за дјечије болести	Број доктора специјалиста	Број доктора специјализаната	Број високих здравствених радника	Број виших медицинских техничара
Опћа болница Јајце	ЗЗО СБК, Нови Травник	8	2	/	2	/
Општа болница Коњиц	КАНТОН	10	1	/	/	1
Центар за мајку и дијете - Педијатријска служба	/	/	7	/	1	/
Јавна установа болница Травник	ФОНД	21 медицински запосленик, 5 спремачица и везирки	5	2	/	2
Јавна установа кантонална болница Зеница	ЗЗО Зеничко-добојског кантона	64	11	3	2	1
Јавна установа Општа болница "Прим.др. Абдулах Накаш"	Уговор са Заводом здравственог осигурања	13	3	/	/	/
ЈЗУ Опћа болница "Др. Мустафа Бегановић" Грачаница	ЗЗО	9	2	1	/	/
Кантонална болница "Др Ирфан Љубијанкић"	ЗЗО	35	6	3	/	6
Клинички центар Универзитета Сарајево - Педијатријска клиника	ЗЗО КС+ЗЗО ФБиХ	218	41	5	11	5
Клиника за дјечје болести СКБ Мостар	/	74	16	5	/	6
Опће болница Тешањ	Фонд	12	3	/	/	1

<b>Клинички центар Бања Лука</b>	ФЗО РС	122	24	1	3 доктора медицине	10
<b>Јавна здравствена установа болница Невесиње</b>	Фонд	5	1	1	/	/
<b>Општа болница "Др. М. Стојановић" Приједор</b>	ФЗО	/	5	1	2	/
<b>Општа болница "Св. Апостол Лука" Добој</b>	Буџет	18	5	/	1	/
<b>Општа болница "Свети врачевци" Бијељина</b>	Буџет	38	7	6	/	3
<b>Општа болница Градишка</b>	/	14	2	2	/	1
<b>Општа болница Требиње</b>	/	18	2	1	/	1
<b>Општа болница Зворник</b>	/	/	4	1	2	/
<b>Општа болница Брчко ДЦ БиХ</b>	Буџет Брчко ДЦ БиХ, ФЗО	16+ 1 радник на одржавању чистоће	5	/	/	1

Број медицинских техничара	Психолог/социјални радник	Смјештајни капацитет службе за дјецу	Капацитет одјела за мајке пратиље	Број хоспитализоване дјеце на годишњем нивоу	Број дјеце на консултативно-специјалистичком прегледу на годишњем нивоу	Број мајки пратиља на годишњем нивоу
4	/	12	10	0-6 : 247; 7-15:-64; 15-18: 5	0-6:3800; 7-15: 1100;15-18:100 + UZV 0-6:496; 7-15:23; 15-18:10 + Алерготестови 0-6: 56;7-15:21	252
8	1	12	6	0-6:98 ; 7-15: 16 ; 15-18:2	0-6: 850 ; 7-15: 250 ; 15-18: 110	80
18	1	11 + 5 инкубатора	3	укупан број за 6 мјесеци:142	укупан број за 6 мјесеци: 17257	142
12 ( на неодређено 8 )	/	40 кревета + 6 корпица	6 у соби за мајке+4 на одјелу	варијабилно за 2011. год укупно 2039 пацијената,70% до 6 год. 1350,7- 18:800	0-18: укупно 3538 (немају поуздан податак)	Према подацима из 2011. укупно 1300 мајки
43	/	100	18	0-15: 2576; 15-18: припадају интерном одјелу по организационој шеми	0-15: 9951 ; 5-18: припадају интерном одјелу по организационој шеми	Према подацима из 2011: 736
10	1	10	2 до 5	0-6: 192; 7-15: 118 ; 15-18: 92	0-6: 1335; 7-15: 879; 15-18: 618	310
6	/	три болничке собе / 14 кревета	три болничке собе / 14 кревета	0-6: 217; 7-15: 186; 15:18:/	0-6: 96; 7-15: 28; 15-18:/	200



20	/	22	4	0 -1 мјесец ( 0-30 дана засебан одјел за недоношчад, од 1-16 укупно 900-1000 дјеце	1-16: 2 200-2 300	200 - 300
127	2	130+30 кревета интензивне његе	10	0-6: 2500; 7-15: 1500; 15-18: 1000	0-6: 20 000 ; 7-15: 15 000; 15-18: 10 000	18 000
45	/	90	24	0-6: 1375 ; 7-18:620	0-6:4749; 7-15: 2230	1005
8	/	22	22	0-6: 845; 7-15: 309; 15-18: 65	0-6: 142; 7-15: 37; 15-18:2	54
82	1 + 1 педагог	59 кревета + 21 инкубатор	20	0-6: 2303; 7-15: 958; 15-18: 271	0-18: 25 101	1 091
4	/	5	5	0-6:101; 7-15: 17; 15-18: 3	0-6: 2400; 7-15: 493; 15-18:62	/
9	/	24	12	0-6: 614; 7-15: 330; 15-18: 61	0-6: 3176; 7-15: 1087; 15-18:243	597
11	/	15	9	0-18: 819	0-18:2213	678
13 на педијатрији, 9 у неонатолошком одјелу	1	27	мајке добијају кревет ако има слободних мјеста	0-6: 1040; 7-15: 232; 15-18: 37	0-6: 1302; 7-15: 580; 15-18: 47	349
8	/	21	9	0-6: 600 ; 7-15: 200 ; 15-18: 10	/	300
13	/	/	/	0-6:205; 7-15: 126; 15-18: 36	/	/

10	/	35	10	0-6:735; 7-15: 193; 15-18: 38	0-6: 1280; 7-15: 380; 15-18: 88	176 мајки са упутницама које не плаћају боравак, није евидентиран број оних који су плаћали боравак
10	/	35	капацитет није ограничен јер мајке бораве уз дјецу п	0-6: 80 % лијечених болесника је у тој доби ; 7-15: 230 болесника у току 2011. године; 15- 18: не лијече се на дјечијем одјељењу	процентуално 70% су дјеца у доби од 0-6 година (укупан број амбулантно прегледане дјеце дјесе 11 536 )	Према подацима из 2011. године 900