



Crna Gora
Ministarstvo zdravlja

**MASTER PLAN RAZVOJA ZDRAVSTVA CRNE GORE
2015-2020**

Podgorica, avgust 2015. godine

SADRŽAJ

1. UVOD	3
2. STRATEŠKI OKVIR ZA JAČANJE I RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SISTEMA	6
3. USMJERENJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA	9
3.1. Vizija	9
3.2. Misija	9
3.3. Osnovne vrijednosti	9
3.4. Načela	9
4. PRIKAZ AKTUELNOG STANJA SISTEMA ZDRAVSTVA U CRNOJ GORI	10
4.1. Demografska situacija	10
4.2. Socijalno-ekonomske prilike	11
4.3. Pokazatelji zdravlja	11
4.4. Organizacija zdravstvene zaštite	14
4.5. Resursi u zdravstvu	15
4.6. Korišćenje zdravstvene zaštite	17
4.7. Finansiranje zdravstvene zaštite	20
5. STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI SISTEMA ZDRAVSTVA	23
I PRIORITETNE OBLASTI OČUVANJA I UNAPREĐENJA ZDRAVLJA	23
1. Prevencija i kontrola hroničnih nezaraznih bolesti	24
2. Prevencija i kontrola zaraznih bolesti	27
3. Zdravstvena zaštita posebno osjetljivih i ugroženih grupa stanovništva	28
4. Jačanje javnog zdravlja	30
II PRIORITETNE OBLASTI ORGANIZACIJE I FUNKCIONISANJA SISTEMA ZDRAVSTVA	31
1. ORGANIZACIJA I FUNKCIONISANJE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	33
2. LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVU	40
3. UPRAVLJANJE U SISTEMU ZDRAVSTVA	43
4. ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM I E-ZDRAVSTVO	45
5. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBJEDNOST PACIJENATA	48
6. LJEEKOVI I MEDICINSKA SREDSTVA	51
7. FINANSIRANJE U SISTEMU ZDRAVSTVA	55
8. SARADNJA SA DRUGIM SEKTORIMA I DRUŠTVOM U CJELINI	60
6. MONITORING, EVALUACIJA I IZVJEŠTAVANJE O SPROVOĐENJU MASTER PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVA	61

SKRAĆENICE

AU	Apotekarska ustanova
ABO	Akutna bolnička obrada
BDP	Bruto domaći proizvod
CALIMS	Crnogorska Agencija za lijekove i medicinska sredstva
DRG	Diagnostički srodne grupe
DZ	Dom zdravlja
EU	Evropska Unija
FZO	Fond zdravstvenog osiguranja
HNB	Hronične nezarazne bolesti
ID	Izabrani doktor
IJZ	Institut za javno zdravlje
IS	Informacioni sistem
IISZ	Integralni informacioni sistem zdravstva
IT	Informacione tehnologije
JU	Javna ustanova
KC	Klinički Centar
MZ	Ministarstvo zdravlja
NABO	Neakutna bolnička obrada
NVO	Nevladina organizacija
OB	Opšta bolnica
OECD	Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
SB	Specijalna bolnica
STZZ	Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita
SZO	Svjetska Zdravstvena Organizacija
UN	Ujedinjene Nacije
ZU	Zdravstvena ustanova

1. UVOD

Zdrava populacija je potencijalno najvažniji resurs društva u svim segmentima razvoja, doprinoseći njegovom sveukupnom socijalnom i ekonomskom napretku. Stoga je posebnu pažnju potrebno posvetiti zdravlju i uslovima za očuvanje i unapređenje zdravlja, koji se ostvaruju ne samo djelovanjem zdravstvenog, već angažovanjem svih društvenih sektora. U tom smislu, svim građanima Crne Gore Ustavom, kao najvažnijim državnim aktom, se garantuje pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, pravo na zdrav život i zdravu životnu sredinu, kao na jedna od osnovnih ljudskih prava. Zato ulaganje u zdravstveni sektor ne treba posmatrati kao trošak, već kao investiciju u zdravlje, a samim time u cjelokupni održivi razvoj jednog društva. Principi solidarnosti, univerzalnosti, jednakosti, dostupnosti i kvaliteta, koji su osnova za izgradnju održivog i integrisanog sistema zdravstvene zaštite, sa građaninom u centru sistema, su nosioci socijalno orjentisanog evropskog sistema zdravstva ka kome teži i Crna Gora u procesu EU integracija zdravstva.

Da bi se zadovoljili uslovi za dostizanje najvećeg mogućeg nivoa zdravlja, država, usmjerava zdravstvenu politiku i planira razvoj zdravstvenog sistema u kontekstu cjelokupnog razvoja društva. Plan razvoja zdravstva je stoga krovni dokument u sistemu zdravstva, koji omogućava da se kroz operativno sagledavanje stanja u sistemu i u skladu sa preporukama na nacionalnom i međunarodnom nivou, postave strateški ciljevi i prioriteti u vođenju zdravstvene politike. U tom smislu, master plan razvoja zdravstva Crne Gore definiše osnovne ciljeve i pravce razvoja zdravstvenog sistema u periodu 2015-2020 godina. Kako zdravstveni sistem predstavlja jedan od najkompleksnijih društvenih sistema, planiranje mora uzeti u obzir sve aspekte njegovog razvoja, s posebnim osvrtom na održivost, stabilnost i racionalnost sistema, efikasnost i efektivnost, kvalitet i bezbjednost zdravstvene zaštite na svim nivoima, prateći aktuelna društvena kretanja, demografske promjene, zdravstveno stanje i zdravstvene potrebe stanovništva posebno u dijelu hroničnih nezaraznih bolesti, kao i niz drugih faktora koji mogu uticati na njegov dalji razvoj.

Osnovni principi socijalno orjentisanog evropskog sistema zdravstva usmjereni su dostizanju visokog nivoa socijalne zaštite, socijalne kohezije i socijalne pravde, čije su glavne karakteristike usluge javnog zdravstva kao sastavni dio socijalnih usluga od opšteg značaja i moraju se kao takve zajedno i posmatrati. U svim zemljama svijeta potrebe u javnom zdravstvu se povećavaju, više nego ikada ranije, na šta pored već navedenog utiče i brži razvoj zdravstvenih tehnologija za dijagnostiku i liječenje, rast cijena lijekova, pogotovo inovativnih i bioloških, pravo vrednovanje kvaliteta rada i veća svijest populacije. Troškovi zdravstvene zaštite rastu brže od ekonomske osnove društva, pa se shodno tome uvode adekvatni sistemi finansiranja koji će obezbijediti pristup potrebnoj zdravstvenoj zaštiti.

Funkcija planiranja razvoja zdravstva je koordinacija aktivnosti u društvu, kako bi se najviše doprinijelo poboljšanju zdravlja stanovništva. Kao takvo, zdravlje zavisi od socijalnih determinanti zdravlja i niza faktora iz čovjekove okoline, na koje pojedinac nema uticaja. Faktori koji danas doprinose opterećenju bolestima, izuzetno su složeni i međusobno povezani. Među tim faktorima su i starenje populacije, migracije, dominantna zastupljenost nezaraznih bolesti, uključujući probleme mentalnog zdravlja; preostali izazovi vezani za zarazne bolesti; učinak i finansijski izazovi koji utiču na zdravstvene sisteme; nedovoljna razvijenost javnog zdravlja u mnogim područjima. Zbog tih činioca zdravlje stanovništva je povezano direktno ili indirektno sa svim djelatnostima i aktivnostima ljudi u nekom društvu, a nerijetko zavisi i od aktivnosti i događanja u drugim zemljama. Rijetka su područja djelovanja, koja nemaju određeni uticaj na zdravstveno stanje stanovništva. Svaki

zakonski ili drugi propis sadrži određene elemente, koji mogu doprinijeti poboljšanju ili pogoršanju zdravlja stanovništva. Međutim, postoje pouzdani dokazi da se mogu kreirati racionalne politike koje direktno unapređuju zdravlje i blagostanje stanovništva i to pristupima koji kombinuju liderstvo vlasti i podršku zajednice, a promovišu osjećaj kontrole i jačanja sistema.

Strateško planiranje koje je odlika i ovog dokumenta, stoga ima i politički karakter, jer je neophodna politička saglasnost za sredstva i metode odlučivanja o statusu sistema zdravstva, kao dijela društvenog sistema koji može funkcionisati samo u njegovim okvirima i međusobnoj zavisnosti od drugih privrednih i društvenih kretanja i razvojnih trendova. Pri definisanju strateških ciljeva i prioriteta u planiranom periodu, moraju se uzeti u obzir bar dvije vremenske perspektive: kratkoročne i dugoročne. Kratkoročne perspektive su utemeljene u analizama sadašnjeg stanja i postojećim dokumentima sa kraćim vremenskim rokom, dok dugoročne sadrže i projekcije trendova u budućnosti i utemeljene su u dugoročnim dokumentima, kao što su trenutno pravci u strategiji Evropa 2020 ili Zdravlje 2020.

Razvoj zdravstvenog sistema treba planirati kao postepenu i kontinuiranu aktivnost, da bi se ishodi mogli blagovremeno pratiti i na njih uticati, uzimajući u obzir rizike koje bi radikalne reforme mogle da imaju, a unaprijed ih je vrlo teško predvidjeti. Uporišta za izradu plana nalaze se u osnovnim nacionalnim i međunarodnim zdravstvenim i multisektorskim dokumentima.

Nacionalni normativni okvir

Osnovni principi razvoja zdravstva Crne Gore formulisani su u sljedećim ključnim nacionalnim propisima, strateškim aktima i relevantnim dokumentima:

- Ustav Crne Gore,
- Zdravstvena politika u Crnoj Gori do 2020. godine (2001),
- Strategija razvoja zdravstva Crne Gore (2003.),
- Master plan razvoja zdravstva Crne Gore za period 2005. – 2009.g.,
- Master plan razvoja zdravstva Crne Gore za period 2010. – 2013.g.,
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl.list RCG 39/2004, 14/10),
- Zakon o zdravstvenom osiguranju (Sl.list RCG 39/2004, 14/12),
- Zakon o pravima pacijenata (Sl. list CG 40/2010),
- Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj gori za 2013. godinu,

kao i u svim ostalim zakonskim i podzakonskim aktima, zdravstvenim i multisektorskim strateškim dokumentima i nacionalnim programima i planovima.

Usklađenost plana sa međunarodnim dokumentima

Kako se Crna Gora nalazi u procesu pridruživanja EU, to je neophodno razvoj zdravstva planirati u kontekstu društvenog, zakonskog i ekonomskog okvira EU. Crna Gora je i zemlja članica SZO-a, međunarodnog tijela koje usmjerava i koordinira zdravstvene politike zemalja članica Ujedinjenih nacija (UN). Ključna dokumenta EU-a i SZO-a, koje plan mora uzeti u obzir za predstojeći period su:

- „Europe 2020“ – strateški dokument EU za pametan, održiv i inkluzivan rast, donesen 2010.;¹
- „Health 2020“ – novi evropski politički okvir i strategija razvoja zdravstva za 21. vijek za SZO evropski region usvojen 2012.;²
- Ulaganje u zdravlje (Investing in health – *Towards Social Investment for Growth and Cohesion, EC staff working document*) 2013.;³
- Third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020) (Regulation (EU) No 282/2014 of the European Parliament and of the Council)⁴

¹ http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm

² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

³ http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

⁴ http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm

2. STRATEŠKI OKVIR ZA JAČANJE I RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Obezbjeđivanje dostupne i sveobuhvatne zdravstvene zaštite prioritetni je cilj zdravstvene politike u Crnoj Gori do 2020. godine, polazeći od stava da je zdravlje stanovništva od opšteg društvenog interesa i najznačajniji resurs za razvoj, čime započinje i proces zalaganja za zdravlje u skladu sa globalnim ciljevima u ovoj oblasti. Strategija zdravstvene politike utvrđena ovim dokumentom zasniva se na podizanju kvaliteta zdravlja stanovništva, uz prilagođavanje i poboljšanje djelovanja zdravstvenog sistema u skladu sa finansijskim mogućnostima. Zdravstvenom politikom, kao opšti, definisani su ciljevi: produženje trajanja života, poboljšanje kvaliteta života u vezi sa zdravljem, smanjenje razlika u zdravlju, osiguranje od finansijskog rizika,

Dalji rad na pripremi strateških i zakonodavnih dokumenata za ostvarivanje ciljeva zdravstvene politike, počev od sektorskih strategija, projektnih aktivnosti na unapređenju sistema zdravstva pa do reformskih procesa po nivoima zdravstvene zaštite identifikuje prioritetna područja i obezbjeđuje usmjeravanje zdravstvene zaštite na ostvarivanje najveće koristi za stanovništvo, imajući na umu postizanje dostupne i pravične zdravstvene zaštite i smanjivanje nejednakosti u zdravlju.

Od aktivnosti koje se od 2003. godine kontinuirano sprovode u sistemu zdravstva, prvenstveno su značajne one koje su sprovedene u reformi primarne zdravstvene zaštite, dok su dalje aktivnosti strateškim i zakonskim dokumentima usmjerene na funkcionalne promjene sistema zdravstvene zaštite na svim nivoima i njegovu integraciju, u cilju poboljšanja zdravlja stanovništva. Ovo se može ostvariti kroz pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite, njenog pravičnog finansiranja i dobrog upravljanja zdravstvenim sistemom.

U okviru aktivnosti na jačanju javnog zdravlja, neki od osnovnih ciljeva na čije se dostizanje obavezala i Crna Gora (kao članica zdravstvene mreže jugo-istočne Evrope) su: redukcija opterećenja bolestima i povredama uključujući zarazne bolesti, hronične nezarazne bolesti, mentalne poremećaje. U tom smislu su i pokrenute aktivnosti na jačanju promocije, prevencije i liječenja po nivoima zdravstvene zaštite, koje je potrebno dalje prioritetno sprovoditi, što su i glavne smjernice za planiranje u narednom periodu. Regionalnom strategijom jugoistočne Evrope SEE 2020 – *Jobs and Prosperity in a European Perspective*, koja sadrži i dimenziju „Zdravlje“ i Crna Gora će se uključiti u ključne strateške akcije koje se tiču univerzalnih zdravstveno-promotivnih servisa sa fokusom na ugrožene populacione grupe, multisektorsko zalaganje za zdravlje, prekogranična saradnja u javnom zdravlju i jačanje ljudskih resursa u sektoru zdravstva.

U ostvarivanju osnovnog cilja tj. očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva, potrebno je usmjeravati zdravstveni sistem na održiv način. Za postizanje navedenog, neophodno je obezbijediti solidarnost i jednakost bez obzira na kategorije i populacione grupe, što su i načela sadržana u nacionalnom zakonskom okviru, sa posebnim fokusom na vulnerabilne grupe stanovništva, uvažavanje prava i ukazivanje na obaveze građana prema sopstvenom zdravlju. Zdravstveni sistem mora da obezbijedi u svakom smislu dostupnu i pristupačnu, integrisanu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, razvoj i jačanje kadrova u zdravstvu, održivost finansiranja i postavljanje građanina u centar sistema zdravstvene zaštite. S druge strane, u cilju jačanja samog zdravstvenog sistema i vođenja zdravstvene politike na osnovu „dokaza“, evidencije uz korišćenje realnih podataka iz sistema i jačanje informatičkih i *e-health* servisa i tehnologija predstavljaju najznačajnije pokretače tranzicije od resursno zasnovane do zdravstvene zaštite zasnovane na ishodima. Programom zdravstvene zaštite već su prepoznate

zdravstvene potrebe stanovništva kao osnov za planiranje i ugovaranje zdravstvene zaštite po gravitirajućim područjima.

Posmatrajući budžet za zdravstvo, još uvijek značajan dio odlazi na finansiranje bolničke zdravstvene zaštite. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u zemljama u tranziciji i do 70% zdravstvenog budžeta pripada ustanovama bolničke zdravstvene zaštite. Kroz tehnološki i farmaceutski razvoj, koji se reflektuje kroz pružanje novih zdravstvenih usluga, potencijalno se može značajno doprinijeti poboljšanju ukupnog zdravstvenog stanja populacije.

U pogledu kadrovske obezbijeđenosti planom razvoja kadrova do 2022. godine u zdravstvu je planirana ravnomjerna raspodijeljenost zdravstvenih kadrova (sa učešćem sa po 25% kadra u sjevernom i južnom regionu, odnosno 50% u centralnom) i potrebno je nakon 2017. godine, dalje preispitati potrebe za kadrovima na primarnom nivou zdravstvene zaštite, obzirom na narastajuće zdravstvene probleme, orijentaciju na promociju, prevenciju i unapređenje zdravlja.

U vremenu globalizacije i promjena, zdravstveni sistemi su izloženi konstantno narastajućim pritiscima, koji se iz dana u dan mijenjaju. Ovdje spada širok spektar uticaja, kao što su demografske promjene, masovne hronične nezarazne bolesti, ubrzani napredak zdravstvene tehnologije kroz mogućnosti pružanja novih intervencija, politička očekivanja i očekivanja javnosti.

U procesu pristupanja EU, Crna Gora kao zemlja kandidat otpočela je pristupne pregovore u okviru Poglavlja 28 – Zaštita potrošača i zdravlje. Buduća planska usmjerenja u sistemu zdravstva treba da stvore uslove za proces zdravstvene integracije u EU, u smislu socijalno orijentisanog evropskog sistema zdravstva i visokog nivoa socijalne zaštite, socijalne kohezije i socijalne pravde. Osnovni ciljevi trećeg evropskog zdravstvenog programa 2014-2020 usmjereni su na promociju zdravlja, prevenciju bolesti i forsiranje zdravih stilova života, uvažavajući princip „zdravlja u svim politikama“, zaštititi građana od prekograničnih prijetnji po zdravlje, doprinosu inovativnim, efikasnim i održivim zdravstvenim sistemima i olakšati pristup boljoj i bezbjednijoj zdravstvenoj zaštiti. Promovisanje dobrog zdravlja je sastavni dio nove EU Strategije za ekonomski rast, odnosno zdravstvena politika je važan dio za ostvarivanje ciljeva pametnog i inkluzivnog rasta do 2020. godine, jer samo zdravi i radno aktivni ljudi imaju pozitivan uticaj na produktivnost, zapošljavanje, populacione promjene, a inovacija čini zdravstveni sektor održivijim.

Starenje stanovništva i porast hroničnih bolesti direktno utiču na kvalitet života i porast zdravstvenih troškova, što naglašavaju i SZO i EU. Nova evropska politika SZO pod nazivom Health 2020 ima za cilj da podrži multisektorske akcije na nivou države i cijelog društva da bi se značajno unaprijedilo zdravlje i blagostanje populacije, smanjile nejednakosti u zdravlju, ojačalo javno zdravlje i obezbjedili zdravstveni sistemi koji imaju cjelovit, pravičan, održiv i kvalitetan pristup i daje praktična rješenja za nove zdravstvene izazove u region.

U skladu sa prethodno navedenim, važno je planiranje razvoja zdravstvenog sistema posmatrati kroz segmente identifikovanja problema i izazova, analize njihovog uzroka, da bi se u najvažnijem mogli postaviti ciljevi i prioritete koje treba ostvariti u definisanom vremenskom razdoblju. Važna etapa u sprovođenju plana je i odlučivanje o mjerama i aktivnostima koje treba realizovati, a završna je evaluacija na osnovu koje se jedino može procijeniti održivost pojedinih rješenja i realno sagledati ispunjenje ciljeva plana i predložiti eventualno njihovo redefinisane.

Dalji razvoj zdravstvenog sistema treba usmjeravati u skladu sa odgovorom na nacionalne i međunarodne zahtjeve, naročito na polju javnog zdravstva i kontrole zaraznih kao i masovnih nezaraznih bolesti, uz finansijsku održivost sistema, podizanje kvaliteta i dostupnosti zdravstvenih servisa, solidarnosti i pravednosti zdravstvenog sistema, u čijem je središtu iskazan uticaj građana i njihova uključenost.

3. USMJERENJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

3.1 Vizija

Djelovanjem zdravstvenog sistema unaprijediće se kvalitet života i stvoriti uslovi za društveni rast i razvoj kroz očuvanje i unapređenje zdravlja pojedinca i cijele populacije.

Polazeći od činjenice da na zdravlje utiče veliki broj faktora izvan sistema zdravstva, jačaće se kapaciteti zdravstvenog sistema za saradnju sa drugim sektorima i unaprijediti sopstvenih kapaciteti za prilagođavanje novim zdravstvenim izazovima i potrebama stanovništva.

3.2 Misija

Promovisanje zdravlja u svim politikama, stvaranje uslova za dostupan, kvalitetan i dugoročno održiv sistem zdravstvene zaštite sa građaninom u centru sistema, sa posebnim fokusom na promociju i prevenciju, blagovremeno liječenje, rehabilitaciju i njegu.

3.3 Osnovne vrijednosti

Vrijednosti kojima se treba rukovoditi u zdravstvenom sistemu su zdravlje, kao osnovna vrijednost, zatim ravnopravnost u pristupu sredstvima za očuvanje i unapređenje zdravlja, pravedna raspodjela sredstava i solidarnost između socijalnih grupa i kategorija stanovništva, u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu.

3.4 Načela

Opšte načelo koje se garantuje Ustavom je pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa zdravlja, u skladu sa zakonskim odredbama. U pružanju zdravstvene zaštite, neophodno je poštovati načelo usmjerenosti na pacijenta i prepoznate zdravstvene potrebe, kao i usmjeravanje djelovanja prema prioritetima koji štite osnovna prava pacijenata. Opšta načela odnose se, kako na sistem tako i na svakog građanina koji je, prema zakonu, dužan da brine o svom zdravlju, a ne smije ugroziti zdravlje drugih i svako ima jednake mogućnosti na što bolje zdravlje.

Specifična načela su: sveobuhvatnost - zdravstvena zaštita omogućena svim građanima u skladu sa zakonom, kontinuiranost – organizacija zdravstvene djelatnosti tako da se omogući neprekidna zdravstvena zaštita stanovništvu kroz sve životne dobi, posebno na nivou primarne zdravstvene zaštite, dostupnost- raspodjela zdravstvenih resursa koja omogućava građaninu podjednake uslove zdravstvene zaštite posebno na primarnom nivou, supsidijarnost – rješavanje zdravstvenih problema na najnižem nivou zdravstvene zaštite na kojem je to moguće, zatim načelo cjelovitog pristupa primarnoj zdravstvenoj zaštiti koje objedinjava mjere promocije zdravlja i prevencije bolesti, liječenja i rehabilitacije, poboljšanje kvaliteta i efikasnosti rada, načelo specijalizovanog pristupa za zadovoljenje specifičnih potreba i složenih zdravstvenih problema, načelo zaštite prava pacijenata uz poštovanje principa etičnosti i dostupnosti, načelo uključenosti koje podrazumijeva aktivnu uključenost svih učesnika u sistem zdravstvene zaštite.

4. PRIKAZ AKTUELNOG STANJA SISTEMA ZDRAVSTVA U CRNOJ GORI

Prikaz aktuelnog stanja sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasnovan je na podacima zdravstveno-statističkih izvještaja, situacione analize zdravstvene zaštite 2013. godine, izvještaja o zaraznim bolestima i registara bolesti Instituta za javno zdravlje, izvještaja zdravstvenih istraživanja sprovedenih u Crnoj Gori u periodu 2008-2012. godina (Nacionalna anketa o zdravlju stanovništva Crne Gore 2008. i 2012. godine), kao i iz drugih izvještaja, saopštenja, analiza i publikacija Ministarstva zdravlja, Instituta za javno zdravlje, Statističkog Godišnjaka o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori, Zavoda za statistiku Crne Gore – Monstat (Statistički godišnjak, Demografska statistika, Anketa o potrošnji domaćinstava, Anketa o radnoj snazi, Analiza siromaštva), Ministarstva finansija i Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore. Prilikom poređenja određenih pokazatelja sa zemljama Evropske unije (u daljem tekstu EU) i Evropskog regiona korišćeni su podaci iz baze podataka SZO „Zdravlje za sve“ (za 2013. godinu ili poslednji dostupni podaci).

4.1. Demografska situacija

Prema procjeni Zavoda za statistiku u Crnoj Gori 2013. godine živjelo je 621.607 stanovnika. U odnosu na 1991. godinu, ukupno stanovništvo Crne Gore se povećalo za 6%, a udio starih 65 i više godina za oko 57%, dok je udio djece do 14 godina starosti opao za 26%. Prema podacima popisa 2003. i 2011. godine, nije došlo do značajnih demografskih promjena u odnosu na ukupan broj stanovnika gravitirajućih opština, iako se registruje blagi porast odraslog stanovništva, kao i starog stanovništva 65 i više godina.

Glavna obilježja demografske situacije u Crnoj Gori od 2001-2013. godine karakterišu tendencije postepenog starenja stanovništva, pada stopa nataliteta, fertiliteta, prirodnog priraštaja, uz povećanje stopa mortaliteta. Tako je stopa nataliteta na 1000 stanovnika 2001.g. bila 14,4, a stopa mortaliteta na 1000 stanovnika 8,8, dok je u 2013.g. odnos navedenih stopa bio 12,0:9,5. To je bitno uslovalo pad stope prirodnog priraštaja od 5,6 u 2001.g. na 2,5 u 2013.g., što je još uvijek znatno povoljnije nego u četiri regiona Evrope (od -0,2 u Istočnoj do 0,5 u Južnoj Evropi u 2011.g.). Promjene u natalitetu i mortalitetu uticale su i na pad vitalnog indeksa u Crnoj Gori od 164 u 2001.g. na 126 u 2013.g. Vrlo važan demografski, socio-ekonomski i pokazatelj zdravstvenog stanja jeste i stopa mortaliteta odojčadi, koja se u periodu od 2001-2013. g. smanjila od 14,4 na 4,4 na 1000 živorođene djece, a smrtnost djece mlađe od 5 godina od 15,7 na 5,1, što ukazuje na znatno bolju i kvalitetniju zdravstvenu zaštitu odojčadi i male djece, ali i bolje stanje zdravlja cjelokupnog stanovništva Crne Gore. Zbog procjene potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom značajno je navesti zastupljenost pojedinih populacionih grupa po polu i starosti (učešće djece do 15 godina, odraslih od 15 do 64 godine, starih 65 i više godina i žena generativne dobi od 15-49 godina). Po popisu stanovništva 2011.g. djece do 15 godina bilo je 19,14%, odraslih od 15-64 godine 68,06%, starih 12,80% i žena generativne dobi 24,22%. Navedene strukture neznatno su se promijenile u 2013.g. Učešće starih od 65 i više godina u ukupnoj populaciji bio je manji od prosjeka u Evropskom regionu (15,1%), dok je učešće mlađih do 14 godina bilo 19,2%, dok je u Evropskom regionu oko 17%.

Očekivano trajanje života na rođenju, odnosno prosječno trajanje života u 2013.g. procijenjeno je na 76,6 godina, pri čemu za muškarce 74,1 godina, a za žene 79,0 godina, što je niže za nekoliko godina nego u zemljama EU.

4.2. Socijalno-ekonomske prilike

Posljednjih 15 godina Crnu Goru obilježila su pozitivna kretanja nekih socijalno-ekonomskih pokazatelja. Porast bruto domaćeg proizvoda (u daljem tekstu BDP), relativna monetarna stabilnost, neznatan porast izdvajanja za zdravstvenu potrošnju uticali su i na relativnu stabilnost finansiranja zdravstvenog sistema.

BDP Crne Gore po stanovniku, npr. u 2002.g. iznosio je 2208 €, da bi se u narednim godinama stalno uvećavao do 2009.g., kada je prema procjeni Zavoda za statistiku Crne Gore iznosio 5893,44 € po stanovniku. U 2012.g. BDP - 5930 € po stanovniku je bio viši nego u Bosni i Hercegovini, Srbiji i Makedoniji, a znatno niži nego u Hrvatskoj (skoro dva puta), Mađarskoj, Poljskoj, Bugarskoj, ili nekoliko puta niži nego u mnogim zemljama EU.

Prema podacima Zavoda za statistiku Crne Gore, ukupna stopa siromaštva je smanjena sa 11,3 odsto, koliko je iznosila u 2012., na 8,6 odsto u 2014. godini, odnosno 8,6% stanovništva je živjelo ispod apsolutne linije siromaštva, koja je iznosila 186,45 eura.

Prosječne (realne) zarade zaposlenih, prema podacima Zavoda za statistiku Crne Gore, bilježile su porast u razdoblju od 2004-2013.g., tako da su u 2012. g. ukupne realne zarade u neto iznosu bile 487 €, a u 2013.g. pale su na 479 €. U sektoru zdravstva i socijalnog rada prosječne realne neto zarade u 2011.g. bile su 467 €, a u 2013.g. 483 €.

Veoma niske zarade zaposlenih u Crnoj Gori uticale su i na strukturu lične potrošnje domaćinstava po namjeni. Za potrošnju domaćinstva u Crnoj Gori (prema Anketi o potrošnji domaćinstava Zavoda za statistiku Crne Gore) karakteristično je bilo vrlo visoko učešće izdataka za ishranu i bezalkoholna pića (preko 31,1% u 2013.g.). Rashodi za stanovanje, struju i vodu iznosili su 15,5%, a za zdravstvenu zaštitu 4,4%. Za alkoholna pića i duvan domaćinstva troše 3,4%, a za odjeću i obuću oko 10%.

Prema publikovanim podacima o radnoj snazi Zavoda za statistiku Crne Gore, registrovana stopa nezaposlenosti populacije od 20-64 godine u 2013.g. iznosila je 19,5%, dok je stopa zaposlenosti iste populacije iznosila 52,6%. Tako je broj nezaposlenih u 2013.g. krajem juna bio 33.437, a zaposlenih 171.474. Stopa nezaposlenosti ima neznatnu tendenciju pada u odnosu na 2012. g. kada je iznosila 19,7%. Ipak navedena stopa nezaposlenosti u Crnoj Gori značajno je viša od prosjeka u EU (10,8% u 2013.g.) i većine EU zemalja (Austrija 4,9%, Hrvatska 9,6%, Slovenija 10,1%, Republika Češka 7,0%, Belgija 8,4%, Estonija 8,6%, Njemačka 5,3%, Rumunija 7,3%, Španija 12,2%, Bugarska 13,0% itd.).

Još uvijek nizak nivo BDP-a u odnosu na EU region i visoka stopa nezaposlenosti predstavljaju veoma značajan limitirajući faktor održivog finansiranja sistema zdravstvene zaštite Crne Gore.

4.3. Pokazatelji zdravlja

Zbog produženog vremena tranzicije u regionu zapadnog Balkana, koji je prolazila i Crna Gora, a u nepovoljnim socijalno-ekonomskim prilikama, mnogobrojni društveni faktori uticali su i na funkcionisanje zdravstvenog sistema i na zdravstveno stanje stanovništva. Zdravstveno stanje stanovništva prati se kroz regularno zdravstveno-statističko izvještavanje shodno zakonu, a podaci se izvještavaju kako na nacionalnom tako i na međunarodnom nivou. Kako trendovi ukazuju na porast opterećenja hroničnim nezaraznim bolestima, faktora rizika

povezanih sa ovim bolestima, ali i prekograničnim prijetnjama vezanih za zarazne bolesti, to je ovim pokazateljima zdravlja data posebna pažnja.

Hronične nezarazne bolesti

Hronične nezarazne bolesti su vodeći uzroci obolijevanja, invalidnosti i prijevremenog (prije 65-te godine) umiranja stanovnika Crne Gore. Ishemične bolesti srca, cerebro- vaskularne bolesti, rak pluća, afektivni poremećaj (unipolarna depresija) i šećerna bolest (dijabetes) predstavljaju hronične nezarazne bolesti koje su odgovorne za skoro dvije trećine ukupnog opterećenja društva bolešću.

Prema dostupnim podacima o umiranju u Crnoj Gori od 2008. do 2012. godine, hronične nezarazne bolesti učestvuju u ukupnim uzrocima smrti sa čak 80% od kojih bolesti sistema krvotoka i tumori sa preko 60%. Od ukupnog broja umrlih za skoro polovinu (44,3%) uzrok su bile bolesti srca i krvnih sudova i za skoro četvrtinu (23,4%) maligni tumori. U više od 10% slučajeva uzrok smrti je bio nepoznat (simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski nalazi).

Prema podacima o bolničkom liječenju u 2013. godini, bolesti sistema krvotoka su na prvom mjestu u strukturi bolničkog morbiditeta prema otpustima (15,2%), dok su na drugom mjestu kao razlog hospitalizacije bila liječenja od tumora (11,8%). Bolesti sistema za disanje bile su na trećem mjestu (11,4%), a bolesti sistema za varenje sa 10,4% bile su na četvrtom mjestu. Stopa bolničke hospitalizacije u 2013. godini iznosila je 134 na hiljadu stanovnika.

U strukturi vanbolničkog morbiditeta, u najvećem broju slučajeva registrovane su akutne bolesti i stanja, u prvom redu bolesti iz grupe oboljenja sistema za disanje (31,3%), dok su npr. bolesti sistema krvotoka kao hronična oboljenja bila na trećem mjestu (9,5%). Prema podacima o obolijevanju od hroničnih nezaraznih bolesti, a na osnovu izvještaja iz informacionog sistema primarne zdravstvene zaštite, tokom 2014. godine bolesti sistema krvotoka bile su zastupljene kod oko 30% odraslog stanovništva u Crnoj Gori (procijenjena prevalencija). Najveće učešće pojedinačnih oboljenja iz ove grupe pripada primarnoj hipertenziji (64%), sa učešćem od oko 25% kod muškaraca, odnosno 38% kod žena.

Od 2013. godine, u Crnoj Gori su uspostavljeni registri za hronične nezarazne bolesti: maligne neoplazme, dijabetes, akutni koronarni sindrom i cerebrovaskularne bolesti. Potpuniji podaci iz registara za ukupan broj oboljelih od navedenih bolesti očekuju se u narednom periodu, kao i indikatori koji će se na osnovu registara generisati.

Prema dostupnim podacima iz registra malignih neoplazmi, ukupan broj novooboljelih od raka na nivou Crne Gore u 2013. godini iznosio je 1990. U odnosu na pojedine dijagnoze i polnu strukturu oboljelih, žene su najčešće oboljevale od karcinoma dojke (33,4%), kolorektalnog karcinoma (9,20%) i karcinoma pluća (8,88%), dok je kod muškaraca najčešći bio karcinom pluća (22,19%), zatim kolorektalni karcinom (12,58%) i zloćudni tumor kože (10,22%).

Implementacija programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva u Crnoj Gori započeta je 1. juna 2013. godine. Ciljna populacija su bili građani iz 14 opština u dobnoj grupi 60-64 godine. Od 1. juna 2014. godine ciljna populacija je proširena na građane iz svih opština uz proširenje obuhvata dobne grupe na 59-64 godine.

Faktori rizika za nezarazne bolesti

Upotreba duvana i duvanskih proizvoda, štetna upotreba alkohola, nezdrava/nepravilna ishrna i fizička neaktivnost su zajednički faktori rizika za većinu preventabilnih nezaraznih bolesti i vezani su za ponašanje. Ovakvo rizično ponašanje dovodi do četiri ključne metaboličke (fiziološke) promjene: povećanje arterijskog krvnog pritiska, povećanje vrijednosti glukoze i holesterola u krvi i povećanje tjelesne mase tj. gojaznosti. Navedeni faktori rizika su glavni za četiri grupe nezaraznih bolesti koje se izdvajaju po masovnosti obolijevanja, posljedične invalidnosti i umiranja.

U Crnoj Gori su do sada sprovedena dva istraživanja o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti (2008., 2012.) na reprezentativnom uzorku crnogorske populacije i dobijeni su korisni relevantni podaci koji se odnose na faktore rizika: pušenje, konzumiranje alkohola, fizičku aktivnost, ishranu.

U 2008. godini 32,7% odrasle populacije (20+ godina) je imalo hipertenziju ili potencijalnu hipertenziju, a prema indeksu tjelesne mase 55,1% odraslih je imalo prekomjernu tjelesnu masu. Samo 11,5% odraslih upražnjavalo je fizičku aktivnost više od tri puta nedjeljno. Prevalencija pušenja (redovno ili povremeno) u 2008. godini je iznosila 32,7% među odraslima, dok je u 2012. godini iznosila 31%. Alkohol je konzumiralo 25,1% odraslog stanovništva svakodnevno ili povremeno u 2008. godini, odnosno značajno više (32%) u 2012. godini.

Zarazne bolesti

Crna Gora je prošla kroz „epidemiološku tranziciju“, te veći teret bolesti za stanovništvo, već decenijama, predstavljaju nezarazne umjesto zaraznih bolesti. Ipak, još uvijek postoje izazovi koji se vezuju za unaprijeđenje zdravlja stanovništva u dijelu zaraznih bolesti. Pored svakodnevne potrebe za nadzorom, prevencijom, brzim otkrivanjem, liječenjem, kontrolom i suzbijanjem uobičajenih oboljenja zarazne etiologije, postoje i različite savremene „prijetnje“, kao što su novotkriveni patogeni i oboljenja koja oni izazivaju, kao i bolesti koje ponovo postaju aktuelne usled promjena u čovjekovoj sredini. Sve veći značaj ima i saradnja sa drugim državama, prije svega onima u okruženju, ali i drugim državama svijeta zbog povećanog broja putnika u međunarodnom saobraćaju, te povećanom riziku od importacije bolesti i izbijanja eventualnih epidemija.

Poseban problem čini antimikrobna rezistencija koja prijeti da ugrozi uspostavljenu kontrolu nad zaraznim bolestima.

Na osnovu evidencije o zaraznim bolestima u 2014. godini u Crnoj Gori je prijavljeno 8.974 oboljelih lica od zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju (bez dokazanih slučajeva influence (gripa), ILI - bolesti koja liči na grip i ARI - akutnih respiratornih infekcija. Incidencija od 1447,4/100.000 je za 9,7% veća od prošlogodišnje vrijednosti.

U toku 2014. godine registrovana su tri smrtna ishoda od zaraznih bolesti koje se obavezno prijavljuju, sa mortalitetom od 0,48/100.000 (izuzimajući grip koji se u ovom izvještaju obrađuje. Smrtni ishodi su registrovani kod dva slučaja obolijevanja od hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom i jednog slučaja obolijevanja od kongenitalnog sifilisa.

Posmatrano po grupama zaraznih bolesti, broj prijavljenih slučajeva obolijevanja u 2014. godini je najviši u grupi respiratornih zaraznih bolesti (bez gripa), koje čine 77,3% ukupnog broja prijavljenih slučajeva zaraznih bolesti, čime je ova grupa zadržala prvo mjesto kao i prethodne godine odnosno posljednjih šest godina. Crijevne zarazne bolesti su na drugom mjestu sa učešćem od 11,6% u ukupnom broju oboljelih, a na trećem mjestu su parazitarna oboljenja sa 9,2%. Ostale grupe zaraznih bolesti (antropozoonoze, polne, vektorske, klicinoštvo i ostale bolesti) prisutne su sa vrlo niskim učešćem (sve zajedno čine 1,9% ukupnog broja oboljelih od zaraznih bolesti koje se registruju). Ovakav redosled učestalosti pojedinih grupa zaraznih bolesti karakteristika je posmatranog šestogodišnjeg perioda.

U 2014. godini u Crnoj Gori registrovano je 20 novih HIV/AIDS slučajeva, pa incidencija novootkrivenih infekcija u 2014. godini iznosi 3,22/100.000 stanovnika. U momentu postavljanja dijagnoze HIV infekcije, 7 novoregistrovanih osoba je već bilo u stadijumu AIDS-a (incidencija oboljelih iznosi 1,13/100.000), dok je 13 osoba registrovano u fazi asimptomatske HIV infekcije (incidencija iznosi 2,09/100.000).

U ovoj godini registrovana su dva smrtna ishoda od AIDS-a. (Mortalitet iznosi 0,32/100.000 stanovnika.).

Posljednjih godina se u Crnoj Gori stopa novoregistrovanih slučajeva oboljelih od tuberkuloze održava na nivou niske notifikacione stope za EU region, odnosno iznosi manje od 20/100000 stanovnika. Za 2014. godinu vrijednost ove stope bila je 18,2/100.000, dok je procenat oboljelih od multirezistentne tuberkuloze u odnosu na ukupan broj oboljelih od tuberkuloze 3,5. Stopa smrtnosti od tuberkuloze iznosi 0,32/100.000 stanovnika.

4.4. Organizacija zdravstvene zaštite

Shodno zakonu, država je osnivač najvećeg broja zdravstvenih ustanova u kojima se obezbjeđuje zdravstvena zaštita stanovništva. Zdravstvena zaštita se pruža u zdravstvenim ustanovama koje čine mrežu državnih zdravstvenih ustanova i ustanovama u privatnom vlasništvu.

Mreža zdravstvenih ustanova je organizovana na način da se građanima obezbijedi zdravstvena zaštita shodno potrebama i mogućnostima zdravstvenog sistema, a u skladu sa principima solidarnosti, dostupnosti i jednakosti u ostvarivanju zdravstvene zaštite.

Zdravstvena zaštita se pruža na tri nivoa.

Prvi je nivo primarne zdravstvene zaštite koji bi trebao da obezbijedi 80-85% potreba za zdravstvenom zaštitom. Nosilac primarne zdravstvene zaštite je izabrani doktor u ambulanti, odnosno timovi izabranih doktora.

Drugi nivo, nivo sekundarne zdravstvene zaštite, se obezbjeđuje preko specijalističkih ambulanti i bolničkih odjeljenja, kao i tercijarni nivo zdravstvene zaštite uz razvijanje subspecijalističkih ambulanti.

Primarna zdravstvena zaštita je prioritet u razvoju zdravstvenog sistema, a u okviru nje promocija zdravih stilova života i preventivna zdravstvena zaštita. Organizaciono, dom zdravlja je ustanova koja je preko ambulanti izabranog doktora, odnosno timova izabranih doktora medicine i centara i jedinica za podršku izabranim doktorima nosilac primarne zdravstvene zaštite.

U 2008. godini domovi zdravlja su reformisani i promijenili su organizaciju i sadržaj rada. Organizaciono, Dom zdravlja ima tri osnovne cjeline:

- **ambulantu** izabranog doktora, odnosno timove izabranih doktora (izabranog doktora pedijatra, izabranog doktora za odrasle i izabranog doktora ginekologa),
- **centre za podršku izabranim doktorima** koji su organizovani na lokalnom i regionalnom nivou za: plućne bolesti i TBC, dijagnostiku, mentalno zdravlje, djecu sa posebnim potrebama, prevenciju i sl., i
- **jedinice** za: patronažu, fizikalnu terapiju primarnog nivoa i sanitetski prevoz.

Zdravstvena zaštita na sekundarnom i tercijarnom nivou se ostvaruje u opštim i specijalnim bilnicama i KCCG, kroz ambulantnu specijalističko-konsultativnu i konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, kao i kroz bolničko liječenje na odjeljenjima i kroz dnevni tretman pacijenata (dnevna bolnica).

4.5. Resursi u zdravstvu

U skladu sa zakonskim propisima država je osnovala zdravstvene ustanove: 18 domova zdravlja, 7 opštih bolnica, 3 specijalne bolnice, Klinički Centar Crne Gore, Institut za javno zdravlje, Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Zavod za transfuziju krvi, Apoteke Crne Gore "Montefarm". Navedene ustanove pružaju zdravstvenu zaštitu po nivoima (primarni, sekundarni i tercijarni) u odnosu na djelatnost za koju su osnovane.

Za realizaciju zdravstvene politike u dijelu zdravstvenog osiguranja odgovoran je Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, a za realizaciju farmaceutske politike država je osnovala Agenciju za lijekove i medicinska sredstva (CALIMS).

Na kraju 2013.g. u svim javnim ustanovama Crne Gore radilo je 7228 radnika od čega je 5550 (76,8%), zdravstvenih radnika i saradnika i 1678 (23,2%) zaposlenih nemedicinske struke. Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra, zaposlenih u svim zdravstvenim ustanovama u javnom sektoru bio je 3,31:1 (odnosno na 100 zdravstvenih radnika i saradnika radilo je 30,2 nemedicinskih).

Zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori u 2013.g.

Zdravstveni kadrovi		Zdravstvene ustanove									
		DZ	ZS	ZHMP	IJZ	OB	SB	KC	ZTK	Ap.Ust.	Svega
Ljekari	op. med na spec. specijal	93	-	25	-	-	-	-	-	-	118
		72	-	3	14	57	16	32	3	-	197
		364	6	17	29	251	47	303	15	1	1033
Svega		529	6	45	43	308	63	335	18	1	1348
Stomatolozi farmaceuti zdrav. saradVSS		-	-	-	3	-	1	22	-	1	27
		1	-	-	-	4	1	1	-	98	105
		34	-	2	24	27	7	101	1	2	195
Viša i SSS		1086	23	179	84	996	229	1063	43	172	3875
Svega med.rad		1650	29	226	154	1335	301	1522	61	272	5550
Svega nemed.rad		345	11	90	28	472	103	531	7	91	1678
Ukupno radnika		1995	40	316	182	1807	404	2053	68	363	7228

Od zdravstvenih radnika 1348 (24,3%) su ljekari (od toga 76,6% specijalisti), 27 (0,5%) stomatolozi, 105 (1,9%) farmaceuti, 195 (3,5%) zdravstveni saradnici sa VSS i 3875 (69,8%) su radnici sa višom i SSS.

U odnosu na 1991. g. u 2003. bilo je 6,4%, a u 2013. 6,1% više zaposlenih u zdravstvu Crne Gore. Istovremeno je promijenjena kvalifikaciona struktura zaposlenih. Smanjeno je učešće nemedicinskih radnika od 1991.g. do 2013.g. za 16,9%, a istovremeno je poraslo učešće ljekara za 47,0%, a medicinskih sestara se smanjilo od 2003. do 2013.g. za 1,5%, tako da se kadrovska obezbjeđenost na 100.000 stanovnika sa brojem ljekara u zdravstvu značajno povećala.

Zaposleni u zdravstvu u Crnoj Gori u 1991, 2003, 2008 i 2013.g.

Profil	1991	2003	2008	2013
Ljekari i ljekari specijalisti	917	1139	1312	1348
Stomatolozi	275	265	98	27
Farmaceuti	120	103	99	105
Svi zdravstveni radnici i saradnici	3485	5464	5405	5550
Nemedicinski radnici	1961	1787	1826	1678
Svi zaposleni u zdravstvu	6815	7251	7231	7228

Boj ljekara u zemljama EU koji je iznosio 334 ljekara na 100.000 stanovnika u 2012. godini bitno je veći nego u Crnoj Gori (217 ljekara na 100.000 stanovnika u 2013.g.).

Učešće nemedicinskih radnika u ukupnom broju zaposlenih kontinuirano se smanjivao, ali je i dalje visok. U 2008.g. iznosilo je 25,3%, a u 2013.g. 23,2%, dok je 1991.g. iznosio 28,8%.

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Crnoj Gori je u 2013. godini angažovano 395 timova izabranih doktora (ID) medicine, odnosno 361 izabranih doktora za djecu i odrasle i 34 ID za žene.

Organizaciono, izabrani ljekari za djecu i odrasle (361 ljekara i 309 sestara/tehničara) su u 132 punkta, odnosno ambulanti, obezbjeđivali pružanje primarne zdravstvene zaštite, odnosno:

- za djecu 0-6 godina i djecu od 7- 18 godina zdravstvena zaštita se obezbjeđivala u 27 ambulanti sa 92 doktora i 137 sestara/tehničara,
- za osiguranike preko 18 godina zdravstvena zaštita se obezbjeđivala u 100 ambulanti sa 269 doktora i 309 sestara/tehničara,
- za osigurane žene ginekološka zdravstvena zaštita je obezbjeđivalo 34 doktora ginekologa i 44 sestara/tehničara.

U vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti (domovi zdravlja, Institut za javno zdravlje, zavod za hitnu medicinsku pomoć) radilo je 2533 radnika, odnosno 2059 medicinskih radnika i saradnika i 474 nemedicinskih radnika. Odnos medicinskih i nemedicinskih radnika je 4,84 medicinska na jednog nemedicinskog radnika, ili na 100 medicinskih 20,66 nemedicinskih radnika, što je za nekih 3% više u korist zdravstvenih radnika i saradnika u odnosu na 2012. godinu.

U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (opšte bolnice, specijalne bolnice i Klinički centar Crne Gore) radilo je 4332 zaposlenih, odnosno 3219 medicinskih radnika i saradnika i 1113 nemedicinskih radnika. Odnos medicinskih i nemedicinskih radnika je 2,89 medicinska na jednog nemedicinskog radnika, ili na 100 medicinskih je bilo 34,57 nemedicinskih radnika.

Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra zaposlenog na sekundarnom i tercijalnom nivou u javnim zdravstvenim službama bio je 2,9:1 odnosno na 100 medicinskih radnika i saradnika radilo je 34,6 nemedicinskih, što je znatno niže nego u periodu od 2001.g. do 2009.g. kada ih je bilo od 36,0 do 39,9. Od medicinskih radnika 724 (22,5%) su ljekari (od toga 85,1% specijalisti raznih disciplina), 23 (3,2%) stomatolozi, zdravstveni saradnici sa VSS 135 (4,2%) i 2.331 (72,4%) su radnici sa višom i srednjom stručnom spremom.

Prema podacima iz izvještaja o radu bolničko-stacioniranih ustanova na dan 31.12.2013.g. ukupno je bilo 2416 kreveta. Od ukupnog broja bilo je 1120 standardnih kreveta namijenjenih opštim bolnicama, 96 kreveta bilo je u stacionarima domova zdravlja, 504 standardnih kreveta u specijalnim bolnicama i 696 standardnih kreveta u KCCG. Na taj način je postignuta obezbjeđenost od 389 kreveta na 100.000 stanovnika u Crnoj Gori, što je još uvijek manje od prosjeka EU, odnosno od prosjeka evropskog regiona.

4.6. Korišćenje zdravstvene zaštite

Tokom 2013. godine, na primarnom nivou zdravstvene zaštite kod izabranog doktora ostvareno je 3.339.034 pregleda, koji su prema izabranim doktorima prikazani u tabeli 3.

Ostvareni broj pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori u 2013. godini

Izabrani dr.	br. ljekara	Ostvareno u 2013.godini		
		Broj pregleda		
		preventivne	kurativne	Ukupno
djeca 0-6*	92	97589	352555	450144
djeca 7-18		24321	273982	298303
odrasli 18+	269	31490	2359062	2390552
ukupno iz.dr. za djecu i odrasle	361	153400	2985599	3138999
ID za zene	34	42650	157385	200035
Ukupno ID	395	196050	3142984	3339034

U 2013. godini izabrani doktori su ostvarili prosječno 5.13 pregleda po osiguraniku.

Broj pregleda po ID, broj pregleda po osiguraniku i broj osiguranika po ID u 2013.godini u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori

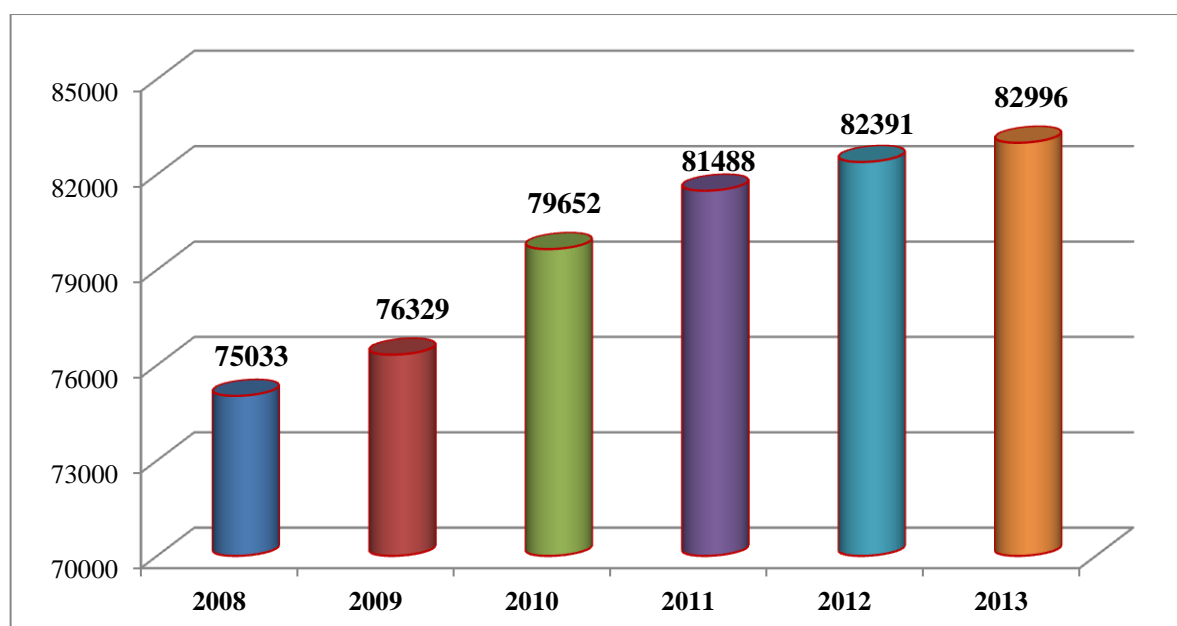
Izabrani dr.	Ostvareni pregledi u 2013.godini		
	Pregleda po ID	Pregleda po osiguraniku	Osiguranika po ID
djeca 0-6	4893	8.42	581
djeca 7-18		2.96	
odrasli 18+	8887	5.13	1813
ukupno ID za djecu i odrasle	8695	5.06	1718
ID za zene	5883	0.90	6506
Ukupno ID	8453	5.13	1570

U toku 2013. godine obavljeno je ukupno 1.005.513 pregleda u specijalističkim ambulanzama:

- Na nivou primarne zdravstvene zaštite (zadržane ambulante u pojedinim domovima zdravlja) u 67 specijalističkih ambulanti je obavljeno 225534 pregleda. U strukturi pregleda je bilo 114165 prvih pregleda (50.6%) i 111369 ponovnih pregleda (49.4%).
- Na nivou sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite je obavljeno 779979 pregleda tj. 1,26 pregleda po osiguraniku. U strukturi pregleda je bilo 474250 (60,8.%) prvih i 305729 (39,02.%) ponovnih.

U 2013. godini u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore stopa hospitalizacije iznosila je 134. Broj ispisanih bolesnika u periodu od 2008. do 2013. godine bilježi porast od 10,6%.

Broj ispisanih bolesnika u Crnoj Gori 2008-2013. godine



Stopa hospitalizacije od 13,4 na 100 stanovnika u 2013.g. iako bilježi rast je niža od mnogih evropskih zemalja ili EU u kojima se ova vrijednost kreće i do 20.

Prosječna dužina liječenja u Crnoj Gori od 2008. sa 8,69 dana smanjena je na 7,89 dana u 2013.g. što je smanjenje u odnosu na 2009.g. (9,91 dan) ili 2011.g. (9,20 dana). Navedena dužina liječenja je veća nego što je npr. bila u Sloveniji (6,90) u 2009.g., ali manja nego što je u Hrvatskoj 2010.g., 9,46.

Prosječna dužina bolničkog liječenja je varirala u odnosu na vrstu bolnice. U opštim bolnicama u 2013.g. bila je 6,31 dana, u specijalnim bolnicama 28,34 dana (SB za psihijatriju Dobrota 80,60 dana, SB Risan 14,31 dan, SB Brezovik 15,97 dana) i u KC CG 6,21 dan.

Najmanja prosječna dužina liječenja bila je u stacionarima domova zdravlja 5,04 dana. Prosječne dužine liječenja u opštim bolnicama bile su neujednačene, od najmanje koja je bila 5,04 u OB Kotor 5,04 dana, a najveća 7,70 dana u OB Pljevlja. U 2011. godini prosječna dužina liječenja bila je npr. u Austriji 7,8 dana, Hrvatskoj 9,3 dana, Češkoj Republici 9,8, Danskoj 4,5, Estoniji 7,7, Finskoj 11,4, Mađarskoj 10,2, Evropskom regionu 9,59 dana.

U 2013.g. po ljekaru ispisan je neujednačen broj bolesnika. U opštim bolnicama broj ispisanih bolesnika po ljekaru je 174 (Bar 212, Berane 199, Bijelo Polje 140, Kotor 199, Nikšić 157, Pljevlja 129, Cetinje 170), a u stacionarima domova zdravlja 382. U specijalnim bolnicama po ljekaru ispisano je 100 bolesnika (Brezovik 128, Dobrota 68, Risan 98), a u KC CG 103 bolesnika. Navedene brojne vrijednosti broja ispisanih bolesnika po jednom ljekaru ukazuju da je obim rada i opterećenost ljekara vrlo neujednačena između pojedinih bolnica kako po vrsti tako i po pojedinim opštim bolnicama.

U radu bolnica poseban značaj ima dnevno korišćenje postelnog fonda. Tako je u 2013. godini iskorišćenost u opštim bolnicama bila: 65,11% (Bar 71,14, Berane 76,15%, Bijelo Polje 73,28%, Kotor 61,02%, Nikšić 51,25%, Pjevlja 62,79%, Cetinje 69,68%), u specijalnim bolnicama 88,98% (Brezovik 79,65%, Dobrota 106,11%, Risan 65,95%), a u KC CG 77,58%. U stacionarima domova zdravlja iskorišćenost je bila 43,97. Vezano za iskorišćenost postelnog fonda bolničkih ustanova 2013.g., a imajući u vidu navedeni broj postelja (2416), evidentno je da je svakodnevno bilo slobodno 657 postelja (u OB 391 od 1120, u specijalnim bolnicama 56 od 504, u KCCG 156 od 696 i u stacionarima DZ 54 od 96).

Pokazatelji rada stacionarnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori u 2013. godini

JZU	Zauzete postelje po ljekaru	Zauzete postelje po sestri	% korišćenja kapaciteta	Prosječna dužina liječenja	Broj slobodnih postelja
Stacionari DZ	5,28	1,01	43,97	5,04	53,79
Opšte bolnice	3,00	1,04	65,11	6,31	390,77
Bar	3,30	1,14	71,14	5,67	48,20
Berane	3,37	1,15	76,15	6,19	44,36
Bijelo Polje	2,87	1,17	73,28	7,50	37,68
Kotor	2,75	1,14	61,02	5,04	56,13
Nikšić	2,98	0,87	51,25	6,91	133,08
Pljevlja	2,73	0,98	62,89	7,70	43,42
Cetinje	2,79	0,90	69,68	6,00	27,90

Specijalne bolnice	7,73	2,16	88,98	28,34	55,52
SB za plućne bolesti i TBC Brezovik – Nikšić	5,62	1,44	79,65	15,97	28,70
SB za psihijatriju Dobrota- Kotor	15,04	3,60	106,11	80,60	-14,72
SB za ortop. neuroh. i neurologiju Risan	3,83	1,36	65,95	14,31	41,54
Klinički centar Crne Gore	1,74	0,84	78,23	6,16	151,5
UKUPNO	2,84	1,11	72,84	7,74	656,13

Prikazane vrijednosti funkcionisanja bolničkih kapaciteta u tabeli 5 pokazuju da je prosječna zauzetost, ili korišćenje kapaciteta, bilo najveće u Specijalnoj bolnici za psihijatriju Dobrota – Kotor (106,11 %), a najmanje korišćenje kapaciteta je u OB Nikšić (51,25%) i stacionarima domova zdravlja (43,97%).

Nizak nivo iskorišćenosti odnosno zauzetosti bolničkih postelja ne može se tumačiti samo viškom postojećih posteljnih kapaciteta, već i njihovom neodgovarajućom raspodjelom u odnosu na stvarne potrebe, kao i tradicionalnim načinom finansiranja kapaciteta zdravstvenih ustanova.

Veoma značajan pokazatelj kvaliteta rada u bolničkim ustanovama je stopa bolničkog letaliteta (broj umrlih na 1000 liječenih). Ta stopa za sve liječene bolesnike u bolničkim ustanovama u Crnoj Gori bila je u 2012.g. 22,38 promila, a u 2013.g. 25,46 promila. U 2013.g. stopa letaliteta u stacionarima domova zdravlja bila je 5,56 promila, opštim bolnicama 22,90 promila, specijalnim bolnicama 26,66 promila (Brezovik 22,59 promila, Dobrota 9,50 promila, Risan 41,42 promila) i u KC CG 25,70 promila.

4.7. Finansiranje zdravstvene zaštite

Finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasnovano je na principima Bizmarkovog socijalnog zdravstvenog osiguranja, koje se finansira iz doprinosa prema kategorijama koje su zakonski definisane. Prema poslednjim dostupnim podacima preko 95% populacije je obuhvaćeno ovim osiguranjem. Nedostajuća sredstva za funkcionisanje zdravstvenog sistema i potrebe zdravstvene zaštite obezbjeđuju se iz budžeta države. Ova sredstva se odnose na isplatu zarada zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama, kao i za finansiranje djelatnosti MZ, što ukazuje da je u Crnoj Gori prisutan mješoviti sistem finansiranja, a posebno ako se ima u vidu, da su postojeća zakonska rješenja (Zakon o budžetu, sistem trezora) primjerenija sistemu budžetskog finansiranja zdravstvene zaštite nego sistemu osiguranja.

Neznatna dodatna sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori se dobijaju iz ličnog učešća korisnika zdravstvene zaštite (participacija), sredstava drugih plaćanja i sredstava iz donacija.

Poznato je da principi obaveznosti i solidarnosti u zdravstvenom osiguranju donose stanovništvu određena prava na zdravstvenu zaštitu i novčane nadoknade shodno zakonu, ali je njihovo ostvarivanje vezano i za obavezu plaćanja doprinosa proporcionalno svojim finansijskim mogućnostima. Obaveznim zdravstvenim osiguranjem se osiguranim licima obezbjeđuje pravo na korišćenje zdravstvene zaštite.

Institucija u kojoj se ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja i obezbjeđuju sredstva za prava iz zdravstvene zaštite je Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (FZO).

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su: doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje, donacije, prihodi po konvencijama, prihodi od naknade štete, prihodi od kamata, dividende, rente i prihodi iz drugih izvora u skladu sa zakonom.

Struktura prihoda za period 2010-2014. godine

R.br.	OPIS	Ostvarenje 2010	% učeš.	Ostvarenje 2011	% učeš.	Ostvarenje 2012	% učeš.	Ostvarenje 2013	% učeš.	Ostvarenje 2014	% učeš.
I	PRIHODI OD DOPRINOSA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU	130.299.059,71	77,48	120.936.828,33	74,80	125.744.023,63	75,31	134.706.291,09	80,93	139.442.310,96	82,58
1.1	Doprinosi za zdravstvenu zaštitu zaposlenih u realnom sektoru	78.972.115,86	46,96	118.842.645,53	73,50	125.518.993,75	75,17	133.747.385,84	80,35	139.241.795,43	82,46
1.1.1	Doprinosi za zarade zaposlenih u privredi	76.164.916,30	45,29	115.769.301,15	71,60	122.442.331,75	73,33	130.008.323,99	78,11	136.550.598,09	80,87
1.1.2	Doprinosi od samostalne djelatnosti	2.469.705,34	1,47	2.875.656,82	1,78	3.008.757,40	1,80	3.637.877,08	2,19	2.522.601,60	1,49
1.1.3	Doprinosi za osiguranje zemljoradnika	337.494,22	0,20	197.687,56	0,12	67.904,60	0,04	101.184,77	0,06	168.595,74	0,10
1.2	Doprinosi za zdravstvenu zaštitu iz javnog sektora	51.326.412,29	30,52	2.093.794,68	1,29	224.850,77	0,13	958.762,86	0,58	149.161,40	0,09
1.2.1	Doprinosi za zdr. zaštitu zaposl. u vanprivredi	50.944.087,40	30,29	1.974.675,50	1,22	213.979,50	0,13	945.116,01	0,57	141.932,25	0,08
1.2.2	Doprinosi za zdravstvenu zaštitu penzionera		0,00	466,52	0,00	5.692,73	0,00	11.851,93	0,01	7.150,92	0,00
1.2.3	Dopr. za zdr.zašt. nezaposlenih - Zavod za zapošljavanje	382.324,89	0,23	118.652,66	0,07	5.178,54	0,00	1.794,92	0,00	78,23	0,00
1.3	Ostali prihodi od kamata	531,56	0,00	388,12	0,00	179,11	0,00	142,39	0,00	51.354,13	0,03
II	PRIHODI OD BUDŽETA	37.862.749,12	22,52	40.750.610,09	25,20	41.225.730,46	24,69	31.742.512,22	19,07	29.407.347,02	17,42
2.1	Opšti prihodi od Budžeta	25.586.624,31	15,22	25.325.741,15	15,66	24.975.772,26	14,96	28.636.748,59	17,20	29.407.347,02	17,42
2.2	Razlika- namjenski doprinosi Budžeta	12.276.124,81	7,30	15.424.868,94	9,54	16.249.958,20	9,73	3.105.763,63	1,87		0,00
	UKUPNO	168.161.808,83	100,00	161.687.438,42	100,00	166.969.754,09	100,00	166.448.803,31	100,00	168.849.657,98	100,00

*Podaci u tabeli su prikazani na osnovu izvještaja dobijenih od Trezora.

Ukupni prihodi FZO u 2012. godini su iznosili blizu 167mil. € , kao i u 2013. i 2014. godini, što po glavi stanovnika iznosi 270 €. Ako posmatramo prihode FZO po strukturi, onda su prihodi od doprinosa za zdravstvenu zaštitu učestvovali u 2012. godini sa 75,31%, u 2013.godini 80,93%, a u 2014. godini sa 82,58%. Preostali dio čine prihodi iz budžeta.

U periodu od 2009. do 2014. godine učešće izdataka FZO u BDP bilježi značajan pad.

Učešće izdataka Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP od 2009. do 2014.

Godina	BDP*(u mil. €)	Izvršenje Budžeta**	Učešće u BDP	Rashodi po obračunskom modelu***	Učešće FZO u BDP
2009	2.980,97	158,50	5,32	189,13	6,34
2010	3.103,65	168,62	5,43	183,55	5,91
2011	3.234,06	162,31	5,02	176,35	5,45
2012	3.148,86	167,41	5,32	179,99	5,72
2013	3.327,08	167,49	5,03	178,23	5,36
2014	3.516,00	168,43	4,79	182,42	5,19

*Izvor : Monstat; **Smjernice za izradu Budžeta za 2015. g.;

***Izvještaj o poslovanju FZO

Napomena: Od 2010. do 2012. g. Institut za javno zdravlje je bio posebna potrošačka jedinica i nije uključen u izdatke Fonda, a za 2014. g. su dati podaci o rashodima prije konačnog obračuna sa JZU.

Izdaci za lijekove i medicinska sredstva u 2012. godini su učestvovali sa 25,43% u ukupnim rashodima, u 2013. 27,95%, a u 2014. 29,22% (podaci za 2014. su dati kao preliminarni).

Ukupni troškovi za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika u Crnoj Gori u 2012. godini, prema procjeni SZO iznosili su 1018.76 \$, što je manje nego u Srbiji (1249.78 \$), Hrvatskoj (1409.108 \$) ili u Sloveniji (2419.86 \$), a veće nego u Bosni i Hercegovini (927.62 \$). Istovremeno, ovi troškovi u EU su iznosili 3346.19 \$.

Prema procjeni SZO, dio BDP potrošen za zdravstvo u Crnoj Gori u 2012. godini iznosio je 7,58%, dok je u isto vrijeme u Hrvatskoj- 6,82%, Srbiji - 10,48%, BiH -10,8%, a u EU - 9,61%.

Troškovi za zdravstvo u ukupnom državnom budžetu, prema podacima SZO procjenjuju se na 9,96% u 2012. godini, dok se isti procjenjuju u BiH na 16,6%, Hrvatskoj na 15,06%, Srbiji na 13,36%, Sloveniji 13,1%, a u EU je 15,17%.

Privatna plaćanja domaćinstava za zdravstvo („plaćanja iz džepa“) kao udio u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu, a prema podacima SZO, u Crnoj Gori učestvuju sa 36,66%, dok je to učešće znatno manje u Sloveniji (11,94%), Hrvatskoj (13,9%), odnosno u EU (16,34%).

Plaćanje zdravstvene zaštite ostvaruje se putem ugovora sa davaocima, odnosno plaćanjem planova rada zdravstvenih ustanova u okviru sredstava planiranih predračunom sredstava FZO. Plan rada sadrži broj i vrstu zdravstvenih usluga i broj i strukturu zaposlenih. Za izvršenje plana rada davalac zdravstvenih usluga dostavlja izvještaje (fakture) o izvršenim zdravstvenim uslugama u skladu sa aktom FZO kojim je uređeno fakturisanje zdravstvenih usluga.

Kapitalne investicije u sistemu zdravstvene zaštite se u najvećem obimu finansiraju iz državnog budžeta, manjim dijelom iz budžeta lokalne samouprave, kao i iz sredstava FZO i donacija.

5. STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI SISTEMA ZDRAVSTVA

Strateški pravci razvoja zdravstva se definišu u odnosu na:

- očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva,
- organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstva.

Jedan od najbitnijih faktora kvalitetnog života je zdravlje. Dostići najviši nivo zdravlja stanovništva je cilj svakog društva. Ovaj cilj je rezultat i ishod očuvanja i unapređenja zdravlja, organizacije i funkcionisanja zdravstvenog sistema, ali i djelovanja svih drugih sektora u odnosu na zdravlje kroz pristup „zdravlje u svim politikama”.

U okviru navedenih strateških pravaca definišu se prioritetne oblasti za očuvanje i unapređenje zdravlja i organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstva kroz izbor ciljeva i prioriteta za poboljšanje zdravlja stanovništva, zdravstvene djelatnosti, finansiranja, kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata, farmaceutske politike, integrisanog zdravstvenog informacionog sistema, saradnje sa drugim sektorima i društvom u cjelini.

I PRIORITETNE OBLASTI OČUVANJA I UNAPREĐENJA ZDRAVLJA

Zadatak države, odnosno svih njenih organa jeste, da promoviše politike za stvaranje uslova za bolje zdravlje, daje prioritet programima zdravstvene zaštite sa orijentacijom na unapređenje zdravlja, promociju i prevenciju, rano otkrivanje hroničnih nezaraznih bolesti, najugroženije stanovništvo, kao i optimalnom funkcionisanju zdravstvenog sistema.

Promocija zdravlja, prevencija i njega, su djelotvorni mehanizmi za očuvanje i unapređenje zdravlja i stoga predstavljaju preduslov za brži društveno-ekonomski razvoj. Preventivna zdravstvena zaštita mora biti strateški prioritet, zajednički cilj i najveća vrijednost Crne Gore. Uz jačanje oblasti javnog zdravlja poboljšaće se zdravlje stanovništva, a time i kvalitet života. Kvalitetno javno zdravlje usmjereno je na efikasnije smanjenje zdravstvenog, socijalnog i ekonomskog opterećenja, koje izaziva preranu smrtnost i morbiditet. Potrebno je poboljšati informisanost i znanje u oblasti javnog zdravlja, obezbjediti brze reakcije zdravstvenih ustanova na opasnosti po zdravlje i promovisanje zdravlja, kao i sprječavanje bolesti. Uloga poslodavca je izuzetno važna u obezbjeđivanju zdravog radnog mjesta i sprječavanju profesionalnih oboljenja, povreda na radu i bolesti u vezi sa radom.

Univerzalna zdravstvena pokrivenost (universal health coverage) je jedan od najmoćnijih principa javnog zdravlja kojim se mogu smanjiti razlike u zdravlju među različitim populacionim grupama. Univerzalna zdravstvena pokrivenost podrazumijeva da svi ljudi imaju dostupnu zdravstvenu zaštitu koja im je potrebna, uključujući: promociju, prevenciju, liječenje, rehabilitaciju i palijativnu njegu, bez finansijskih rizika za korisnike, pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu.

Naročitu pažnju treba obratiti na najvulnerabilnije populacione grupe i poštovati principe jednakosti u zdravlju.

U cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, neophodno je unapređenje monitoring sistema koji obuhvata prikupljanje, analizu i izvještavanje podataka o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti stanovništva, što omogućava donošenje odluka zasnovanih na dokazima sa krajnjim ciljem kreiranja i usmjeravanja zdravstvene politike.

Da bi se ostvario što zdraviji i kvalitetniji život pojedinca i populacije neophodno je posmatrati zdravlje u širem kontekstu koji zahtijeva sveobuhvatnu akciju svih segmenata društva. Zato, održivi razvoj, dugoročno, podrazumijeva stalni ekonomski rast koji osim ekonomske efikasnosti, tehnološkog napretka i novih tehnologija, inovativnosti cijelog društva i društveno odgovornog poslovanja obezbjeđuje smanjenje siromaštva, dugoročno bolje korišćenje resursa, smanjenje zagađenja životne sredine, sprječavanje novih zagađenja, kao i unaprjeđenje uslova za zdrav život i uslova za kvalitetan život stanovnika.

Obzirom na aktuelne zdravstvene probleme i potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom, definisane su prioritetne oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja, koje se odnose na prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti, prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti zbog stalne prijetnje novih bolesti i rasprostranjene rezistencije na antibiotike, i specifične zdravstvene potrebe pojedinih kategorija stanovništva, kao i jačanje javnog zdravlja.

1. Prevencija i kontrola hroničnih nezaraznih bolesti

Hronične nezarazne bolesti (HNB) karakterišu: dugo i često doživotno trajanje bolesti, smanjenje kvaliteta života, uzrokovanje invalidnosti i prevremenog umiranja, te značajno finansijsko opterećenje pojedinca i društva. Demografski trendovi uz starenje populacije, kao i nezdravi stilovi života i rada, sve veće zagađenje životne sredine, kao i drugi faktori doprinose, naročito poslednjih decenija, značajnom porastu obolijevanja od hroničnih nezaraznih bolesti.

Kontrola obolijevanja od hroničnih nezaraznih bolesti se ostvaruje prevencijom na individualnom i populacionom nivou, ciljanim pregledima, preventivnim pregledima i promocijom zdravih stilova života i zdrave životne sredine, zajedničkom akcijom zdravstvenog i ostalih sektora i smanjenjem nejednakosti u zdravlju.

U cilju smanjenja obolijevanja i umiranja u Crnoj Gori od hroničnih nezaraznih bolesti, usvojena su strateška, programska i planska dokumenta koja se odnose na prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti (bolesti srca i krvnih sudova, šećerna bolest, maligne bolesti, mentalne bolesti), faktore rizika povezane sa zdravljem (npr. upotreba duvana i duvanskih proizvoda, štetna upotreba alkohola, prekomjerni unos soli u ishrani), rano otkrivanje raka (skrining programi) i povređivanje.

Osnovni ciljevi prevencije i kontrole hroničnih nezaraznih bolesti su:

- smanjenje obolijevanja i prijevremenog umiranja od bolesti srca i krvnih sudova,
- smanjenje obolijevanja i prijevremenog umiranja od malignih bolesti,
- smanjenje obolijevanja i prijevremenog umiranja od šećerne bolesti,
- otkrivanje i smanjivanje izloženosti faktorima rizika za HNB
- unapređenje mentalnog zdravlja i
- smanjenje povređivanja.

Bolesti srca i krvnih sudova, predstavljaju vodeći javno-zdravstveni problem i glavni su uzrok bolničkog liječenja i umiranja u Crnoj Gori. Prevencijom i kontrolom bolesti srca i krvnih sudova, moguće je značajno poboljšati zdravlje. Najveći značaj u unapređenju zdravlja zasniva se na smanjenju faktora rizika i promociji zdravlja, prevenciji bolesti, unapređenju liječenja, smanjivanje nesposobnosti i prevremenog umiranja.

Prioritet 1: u smanjenju opterećenja bolestima srca i krvnih sudova je rano otkrivanje faktora rizika: povišeni krvni pritisak, vrijednost holesterola i šećera u krvi. Ovo će se postići uvođenjem preventivnih programa na primarnom nivou zdravstvene zaštite (skrining program na povišeni krvni pritisak), kao i kontinuiranim sprovođenjem već uvedenih oportunističkih skrininga (vrijednost holesterola i šećera u krvi).

Prioritet 2: odnosi se na smanjenje izloženosti faktorima rizika za bolesti srca i krvnih sudova koji su vezani sa nezdravim stilovima života (upotreba duvana, alkohola, fizička neaktivnost, nezdrava ishrana, gojaznost) i sprovodi se kroz realizaciju postojećih i uvođenje novih preventivnih programa na nivou primarne zdravstvene zaštite u centrima za prevenciju Doma zdravlja. Programe kreira, prati i evaluira njihovo sprovođenje Institut za javno zdravlje.

Prioritet 3: odnosi se na povećanje dostupnosti i kvaliteta liječenja bolesti srca i krvnih sudova i rehabilitacije na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Maligne bolesti se nalaze na drugom mjestu uzroka smrti, nakon bolesti srca i krvnih sudova i predstavljaju jedan od vodećih uzroka kako umiranja tako i obolijevanja u Crnoj Gori. Prevencija malignih bolesti ima izuzetno veliki javnozdravstveni značaj i predstavlja najefikasniji pristup u kontroli malignih bolesti. Na obolijevanje od malignih bolesti može se preventivno djelovati sprečavanjem ili modifikovanjem faktora rizika štetnih po zdravlje. U slučaju obolijevanja, na ishod bolesti je moguće uticati njenim ranim otkrivanjem, liječenjem i rehabilitacijom uz palijativnu njegu.

Prioritet 1: se odnosi na rano otkrivanje bolesti u ciljnoj populaciji (starosne grupe u povećanom riziku od obolijevanja) sprovođenjem skrining programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva, dojke i grlića materice. Aktivnosti će realizovati timovi izabranih doktora na primarnom nivou zdravstvene zaštite u saradnji sa zdravstvenim radnicima na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Za uvođenje i evaluaciju programa je zadužen Institut za javno zdravlje. Planirati uvođenje skrining programa na maligni rak kože (melanom), a realizaciju sprovođenja organizovati na isti način kao za već uvedene skrininge.

Prioritet 2: odnosi se na povećanje dostupnosti i kvaliteta liječenja, većom stručnom osposobljenošću zdravstvenih radnika i saradnika za tretman oboljelih od raka, poboljšanje dostupnosti dijagnostičkih procedura (mamografija, kolposkopija, kolonoskopija), terapijskih procedura (operacije, radio i hemo terapija), lijekovima, kao i adekvatnoj palijativnoj njezi za sve građane.

Šećerna bolest generalno, a naročito tip dva, predstavlja izuzetno značajan uzrok vaskularnih oboljenja koji za posljedicu imaju komplikacije kao što su: sljepilo, terminalna bubrežna insuficijencija (koja zahtijeva dijalizu ili transplantaciju bubrega), netraumatska amputacija ekstremiteta i periferna neuropatija, ali i srčani ili moždani udar. Prema procjenama u Crnoj Gori oko 5% populacije ima šećernu bolest.

Prioritet 1: se odnosi na unapređenje preventivnog programa za šećernu bolest, koji se sprovodi unutar populacionog savjetovaništa Centra za prevenciju Doma zdravlja. U realizaciji učestvuju obučeni izabrani doktori i medicinske sestre.

Prioritet 2: podrazumijeva dostupnu ambulantnu specijalističku zdravstvenu zaštitu na nivou interniste ili endokrinologa.

Mentalno zdravlje se prepoznaje kao prioritet u poboljšanju zdravlja i blagostanja populacije. U prilog ovome ide i činjenica da je strateškim dokumentima u sektoru zdravstva u Crnoj Gori mentalno zdravlje naglašeno kao prioritet kroz promociju fizičkog i mentalnog zdravlja, akcentujući prevenciju i pravovremeno liječenje ovih bolesti. Krovni zakoni u sektoru zdravstva propisuju prioritetne mjere zdravstvene zaštite u odnosu na populacione grupe i obolijevanje uključujući hronične nezarazne bolesti i mentalne poremećaje. Problemi i poremećaji mentalnog zdravlja utiču na funkcionisanje kako pojedinca, tako i na širu zajednicu. Zbog relativno visoke prevalencije i često hroničnog toka, početka u ranijoj životnoj dobi i uticaja velikog broja faktora na pojavu obolijevanja, očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja predstavlja jednu od prioritetnih javno-zdravstvenih aktivnosti. Dugotrajno liječenje zbog mentalnih poremećaja dovodi do povećanog odsustvovanja s posla, smanjene produktivnosti, pa i nezaposlenosti. Sve to utiče na emocionalno i ekonomsko stanje porodice i na povećanje troškova društva.

Prioritet 1: je jačanje uloge Centara za mentalno zdravlje Domova zdravlja, dominantno na osnovu principa mentalnog zdravlja u zajednici (posjeta oboljelom u kući). Centar za unapređenje i promociju mentalnog zdravlja i međunarodnu saradnju treba da razvije programe za pomoć mladima koji imaju poteškoće u mentalnom zdravlju, za pomoć oboljelima od depresije, u riziku od suicida i program za mentalne poremećaje kod starih osoba. Navedene programe će provoditi Centri za mentalno zdravlje u Domovima zdravlja.

Prioritet 2: se ogleda u jačanju kapaciteta opštih bolnica za zbrinjavanje lica sa akutnim mentalnim poremećajima.

Prioritet 3: odnosi se na povećanje dostupnosti i kvaliteta liječenja, većom stručnom osposobljenošću zdravstvenih radnika i saradnika za tretman oboljelih od mentalnih poremećaja, koristeći medikamentoznu i razne oblike psihoterapije.

Prioritet 4: odnosi se na rano prepoznavanje štetne upotrebe alkohola kroz sprovođenje skrining programa koji će realizovati timovi izabranih doktora u saradnji sa Centrima za mentalno zdravlje u Domovima zdravlja.

Prioritet 5: obuhvata nastavak supstitucione terapije za korisnike psihoaktivnih supstanci u cilju smanjenja štete (metadon, buprenorfin). Aktivnost će sprovesti Centri za mentalno zdravlje u domovima zdravlja.

Povređivanje je bitan javno-zdravstveni problem kako zdravstvenog tako i svih ostalih sektora. Širim javno-zdravstvenim pristupom može se značajno uticati na smanjivanje povreda uključujući nasilje, povrede na radu, povrede u saobraćaju, kao i smrtnih ishoda u vezi sa povređivanjem. Takav pristup uključuje razumijevanje opterećenja društva povredama i rizika za njihovo nastajanje, na šta se može preventivno djelovati.

Prioritet 1: je prevencija povreda kroz multisektorski pristup uz blisku saradnju različitih segmenata društva da bi se stvorilo bezbjednije fizičko i društveno okruženje i da bi se poboljšala opšta bezbjednost.

2. Prevencija i kontrola zaraznih bolesti

Kao i druge zemlje u tranziciji, Crna Gora se suočava sa zdravstvenim prijetnjama još od 90-ih godina. Razni faktori, koji su posljedično izazvali makroekonomsku krizu, imali su negativan uticaj na zdravstveno stanje stanovništva. U okviru epidemiološke tranzicije, kroz koju prolazi i Crna Gora, povećano je opterećenje hroničnim nezaraznim bolestima, ali posljednjih decenija sve više smo svjedoci da opasnost od zaraznih bolesti nije prošla. Iako su napredak u razvoju i korišćenju vakcina radi prevencije zaraznih bolesti, terapije za njihovo liječenje, kao i poboljšanje opštih higijenskih uslova doveli do smanjenja obolijevanja i umiranja od zaraznih bolesti, neophodno je vršiti kontinuirani nadzor i kontrolu nad zaraznim bolestima i preduzimati sve mjere, imajući na umu povećane prekogranične prijetnje od zaraznih bolesti, imajući u vidu otvorenost granica i mobilnost (turizam, trgovina, azil).

Da zarazne bolesti i dalje zahtijevaju posebnu pažnju ukazuju i bolesti koje su još uvijek prisutne, a odraz su socio-ekonomskih uslova, kao što je tuberkuloza, pojava novih bolesti, kao i pojava rezistencije sojeva bakterija na lijekove koja je sve prisutnija.

Zbog navedenog, efikasni i efektivni mehanizmi za otkrivanje, prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti moraju se kontinuirano unapređivati u cilju odgovora na stalne prijetnje.

Osnovni ciljevi prevencije i kontrole zaraznih bolesti su:

- održavanje i unpređenje pokrivenosti imunizacijama vakcinalno preventabilnih bolesti;
- kontrola rezistencije bakterija na antibiotike;
- uspostavljanje sistema za brz odgovor na pretnje zdravstvenoj bezbednosti.

Vakcinacija protiv zaraznih bolesti se u Crnoj Gori sprovodi u skladu sa godišnjim programom imunizacija koje su obavezne za sve u određenoj starosnoj dobi, kao i ostale koje se sprovode u skladu sa specifičnim epidemioškim i kliničkim indikacijama. Iako je relativno visok nacionalni obuhvat obaveznim imunizacijama, za pojedine vakcine postoje poteškoće u održavanju očekivanog obuhvata (teško dostupne i socijalno ugrožene grupe stanovništva, kontinuitet u snabdijevanju vakcinama, jačanje antivakcinalnih lobija itd.)

Prioritet 1: održavanje obuhvata vakcinacije djece prema kalendaru vakcinacije sa najmanje 95% u svakoj opštini, uz povećanje obuhvata populacionih grupa visokog rizika (Romi).

Antimikrobna rezistencija prijeti da ugrozi uspostavljenju kontrolu nad zaraznim bolestima. Crna Gora spada u evropske zemlje sa visokom potrošnjom antibiotika, što pokazuju i podaci o propisivanju i potrošnji lijekova. U pogledu kontrole rezistencije bakterija na antibiotike, ne postoji uspostavljen sistem nadzora.

Prioritet 1: uspostaviti nacionalni sistem za nadzor nad antimikrobnom rezistencijom.

Brzi odgovor na prijetnje zdravstvenoj bezbjednosti podrazumijeva uspostavljanje sistema koji može adekvatno odgovoriti na izazove kakvi su npr. pojava epidemija na globalnom nivou koje su sve veće i šire se neočekivanom brzinom. Prijetnje zdravstvenoj bezbjednosti su mnogobrojne i različite, od onih koje pogađaju zdravlje i društvo kao što su neočekivane bolesti (SARS, ptičiji grip), bolesti koje se ponovo javljaju (ebola), do prirodnih i humanitarnih katastrofa, bioterizma i drugih rizika po zdravlje. Zato je neophodno jačati kapacitete za prevenciju postojećih i novih prijetnji po zdravlje kroz jačanje javno zdravstvenih aktivnosti.

Prioritet 1: Potpuna implementacija međunarodnog zdravstvenog pravilnika za jačanje mehanizama za nadzor nad epidemijama i drugim zdravstvenim prijetnjama na državnom i međunarodnom nivou.

3. Zdravstvena zaštita posebno osjetljivih i ugroženih grupa stanovništva

Različite populacione grupe i kategorije stanovništva imaju svoje specifične zdravstvene potrebe koje se ostvaruju na poseban način. Populacione grupe sa specifičnim zdravstvenim potrebama u odnosu na životnu dob, pol, radni status, invalidnost i socijalni status su: odojčad, predškolska i školska djeca, mladi, stari, žene reproduktivne dobi, radno aktivno stanovništvo, osobe sa invaliditetom i socijalno ugrožene i marginalizovane grupe.

Osnovni ciljevi zdravstvene zaštite posebno osjetljivih i ugroženih grupa stanovništva su:

- unapređenje zdravlja žena reproduktivne dobi,
- unapređenje zdravlja odojčadi, predškolske, školske djece i omladine,
- unapređenje i očuvanje zdravlja starih,
- unapređenje i očuvanje zdravlja osoba sa invaliditetom,
- unapređenje i očuvanje zdravlja socijalno ugroženih i marginalizovanih grupa stanovništva,
- unapređenje i očuvanje zdravlja zaposlenih.

Zdravlje žena reproduktivne dobi je od izuzetnog značaja ne samo zbog osjetljivosti ove populacione grupe, nego i zbog direktnog uticaja njihovog zdravlja na zdravlje potomstva. U tom smislu, posebnu pažnju je potrebno posvetiti očuvanju i unapređenju zdravlja žena reproduktivne dobi, uključujući i pripremu i sprovođenje kliničkih protokola i smjernica za poboljšanje zdravstvenog stanja trudnica i bolje praćenje trudnoće.

Prioritet 1: povećati obuhvat žena reproduktivne dobi preventivnim aktivnostima, posebno trudnica, kod izabranog ginekologa na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Prioritet 2: ostvariti saradnju i komunikaciju između izabranih ginekologa i ginekologa na drugim nivoima zdravstvene zaštite, u pogledu razmjene informacija, iskustava i znanja, koja uključuje i mogućnost izabranog ginekologa da učestvuje u porođaju.

Zdravlje odojčadi, predškolske, školske djece i omladine je od izuzetnog značaja, obzirom na osjetljivost ove populacione grupe, ali i zbog značajnih uticaja koje faktori rizika u tom periodu rasta i razvoja djece mogu imati na zdravlje tokom cijelog života. Posebno su važni uslovi u porodilištima, prema „Baby friendly“ standardima i standardima stručnog rada, kako bi se omogućio bezbjedan porođaj i zdravlje odojčeta.

Prioritet 1: preduzeti aktivnosti na podizanju bezbjednosti porodilišta i jačanje kapaciteta neonatološke zdravstvene zaštite, što posljedično treba da dovede do smanjenja perinatalne smrtnosti odojčadi.

Prioritet 2: U skladu sa usvojenim Nacionalnim planom akcije za djecu - NPAD i strateškim ciljem - Obezbijediti zdravstvenu podršku za optimalan psihofizički razvoj svakog djeteta do 18 godina, potrebno je sprovesti planom utvrđene mjere i aktivnosti.

Prioritet 3: U skladu sa nacionalnim planom akcije za mlade i planovima na nivou opština, treba sprovesti aktivnosti radi postizanja utvrđenih strateških ciljeva, prvenstveno onih koji

se odnose na prevenciju bolesti zavisnosti, podizanju nivoa informisanja o značaju reproduktivnog zdravlja, unapređenje mentalnog zdravlja mladih, podizanje svijesti o prevenciji povređivanja i posljedicama, kao i razvijanje svijesti o zdravim stilovima života. Posebno će biti važna strateška i programska dokumenta Ministarstva zdravlja, kojima će se definisati zdravstvena zaštita starih lica uz institucionalno i vaninstitucionalno zbrinjavanje.

Zdravlju starih je potrebno posvetiti posebnu pažnju, pogotovo u odnosu na kvalitet života i demografske promjene obzirom na očekivano starenje populacije. Najčešći zdravstveni problemi ove populacione grupe su vezani za hronične nezarazne bolesti, povrede, smanjenje funkcije lokomotornog sistema, oštećenje vida i sluha i demencija, što podrazumijeva, u prvom redu obezbjeđivanje njege, koja uključuje i dugotrajnu njegu i liječenje u kući.

Prioritet 1: potrebno je dodatno jačati servise njege i kućnog liječenja starih osoba kroz aktivnosti i saradnju izabranog doktora i patronažne sestre.

Prioritet 2: potrebno je poboljšati saradnju između zdravstvenih ustanova i centara za socijalni rad u dijelu pružanja njege i socijalnih servisa, sa mogućnošću osnivanja posebnih ustanova za dugotrajnu njegu i liječenje starih.

Zdravlje osoba sa invaliditetom zahtijeva poseban pristup, kako u dijelu odnosa zdravstvenih radnika tako u dijelu spremnosti sistema da podrži ostvarivanje prava u oblasti zdravstvene zaštite. Osobe sa invaliditetom predstavljaju posebno osjetljivu grupu, koja je obično na društvenoj margini i heterogena u odnosu na urođene ili stečene fizičke, senzorne, intelektualne i emocionalno smanjene sposobnosti. Usled mnogih barijera, ove osobe imaju poteškoće kod ostvarivanja zdravstvene zaštite, kako u dijelu fizičke dostupnosti, tako i u dijelu pružanja zdravstvenih usluga. Do sada su na nivou primarne zdravstvene zaštite razvijeni Centri za djecu sa posebnim potrebama i fizikalna terapija, preventivno za djecu sa posebnim potrebama, ali i osobe sa invaliditetom. Iako ne postoje precizni podaci o broju osoba sa invaliditetom, procjene SZO za Evropu govore da 7-10% ljudi živi sa invaliditetom. Treba istaći da još uvijek nije jasno definisan pojam invaliditeta što dovodi do različitih tumačenja istog termina u pojedinim sektorima, a zavisno od političkih, pravnih, socijalnih i drugih uslova.

Prioritet 1: nastaviti jačanje uloge centara za djecu sa posebnim potrebama na primarnom nivou zdravstvene zaštite i pružanje fizikalne terapije u kući djece sa posebnim potrebama i osoba sa invaliditetom, kao i razmotriti mogućnost integracije ovih centara sa dnevnim centrima koje osnivaju opštine na lokalnom nivou.

Prioritet 2: preduzimanje aktivnosti iz Akcionog plana za realizaciju Strategije za integraciju osoba sa invaliditetom u Crnoj Gori.

Za zdravlje socijalno ugroženih i marginalizovanih grupa stanovništva koje čine osobe i porodice koje žive ispod granice siromaštva (nezaposleni, zaposleni sa neredovnim primanjima, neobrazovani i dr.), zatim teško dostupne populacione grupe, vezuje se više aspekata problema zdravstvene zaštite. Osnovni problem je nepoznavanje svojih prava i načina ostvarivanja zdravstvene zaštite. Tipičan primjer socijalno ugrožene i marginalizovane grupe su populaciona grupa Roma.

Prioritet 1: podrazumijeva uvođenje zdravstvenih medijatora po populacionim grupama (početi sa populacijom Roma), koji trebaju da omoguće ugroženim i marginalizovanim grupama da lakše ostvare pristup zdravstvenoj zaštiti.

Zdravlje zaposlenih, radna sposobnost i zaštita (bezbjednost) na radu, predstavljaju ključno pitanje sveukupnog socio-ekonomskog razvoja svake zemlje. Zdravlje zaposlenih i „zdravo radno mjesto“ predstavljaju jednu od najvažnijih tekovina pojedinca, zajednice i države. Specifična zdravstvena zaštita radnika obezbjeđuje zdravlje radnika, jer samo zdrava radna populacija doprinosi jačanju ekonomije svake zemlje kroz povećanu produktivnost, efektivnost, efikasnost, kvalitet, radnu motivaciju i pozitivno utiče na sveukupni kvalitet života radnika i društva u cjelini. Očuvanje i unapređenje zdravlja zaposlenih regulisano je propisima u sistemu zdravstvene zaštite i sistemu zaštite i zdravlja na radu, dok se specifična zdravstvena zaštita definiše strategijom unapređenja zdravlja zaposlenih i zaštite na radu.

Prioritet 1: unapređenje specifične zdravstvene zaštite i djelatnosti medicine rada, koje za posljedicu treba da ima smanjivanje povreda na radu, profesionalnih oboljenja i bolsti u vezi sa radom.

4. Jačanje javnog zdravlja

Razvijanje doktrine javnog zdravlja u skladu sa evropskim smjernicama i sistem monitoringa zdravlja stanovništva prema uporedivim indikatorima, analiziranje i predstavljanja podataka su ključni elementi za kreiranje zdravstvene politike na bazi dokaza. Institut za javno zdravlje formira stručna tijela za izradu i sprovođenje aktivnosti u oblasti javnog zdravlja i organizuje edukaciju kadra za njihovo sprovođenje.

Prevenција bolesti i promocija zdravlja kroz preventivne programe i povećanje odgovornosti građana za sopstveno zdravlje uključuje aktivnosti na prenošenju znanja o faktorima rizika, izbjegavanju rizika za obolijevanje, ponašanju u pojedinim situacijama kod pojedinih bolesti i kod posebno ugroženih grupa. Navedene aktivnosti u domovima zdravlja su usmjerene na trudnice, predškolsku i školsku djecu, omladinu i druge osjetljive (vulnerabilne) grupe, a obavljaju se u sklopu timova izabranih ginekologa, izabranih pedijataru i izabranih doktora za odrasle. Institut za javno zdravlje priprema jedinstvene sadržaje i instrukcije za sprovođenje pomenutih programa i potreban materijal za sprovođenje posebnih zdravstvenih kampanja i organizuje edukaciju potrebnog kadra.

Javnozdravstvenim programima koji se odnose najvećim dijelom na najčešće faktore rizika povezane sa zdravljem (pušenje, štetna upotreba alkohola, fizička neaktivnost, nezdrava ishrana) koordinira Institut za javno zdravlje, a u realizaciju programa uključice se savjetovaništa domova zdravlja, NVO, humanitarna i druga udruženja pacijenata, invalida, kao i građana lokalne zajednice.

Institut predlaže Izmjene u nastavnom planu i programu u medicinskim školama i školama za medicinske sestre koje su neophodne, kako bi se dobili potpuno kompetentni zdravstveni radnici u cilju sprovođenja načela kvaliteta u svakodnevnom radu.

Prioritet 1: Jačanje uloge Instituta za javno zdravlje kroz razvijanje doktrine javnog zdravlja i unapređenje sistema monitoringa i evaluacije po uporedivim indikatorima za praćenje zdravstvenog stanja stanovništva i zdravstvene zaštite.

Prioritet 2: nastaviti jačanje aktivnosti na prevenciji bolesti i promociji zdravlja aktivnim uključivanjem izabranih doktora i centara za prevenciju domova zdravlja i Instituta za javno zdravlje.

Prioritet 3: Implementacija preventivnih programa u svim zdravstvenim ustanovama, dominantno u centrima za prevenciju domova zdravlja, koje kreira i čiju realizaciju prati Institut za javno zdravlje.

II PRIORITETNE OBLASTI ORGANIZACIJE I FUNKCIONISANJA SISTEMA ZDRAVSTVA

Potrebe i zahtjevi u zdravstvenom sistemu vrlo često nisu u skladu sa raspoloživim sredstvima, pa je neophodno određivanje prioriteta u raspodjeli raspoloživih resursa, kako finansijskih, tako i ljudskih, infrastrukturnih i drugih resursa. Zato je zdravstveni sistem potrebno razvijati kao održiv i stabilan sistem, usklađen sa pravicima razvoja evropskog zdravstva, uz usmjerenja na povećanje efikasnosti i kvaliteta i razvoj resursa koji će omogućiti zadovoljenje potreba za zdravstvenom zaštitom, uz optimalnu i jednaku dostupnost. Jedan od važnih preduslova za unapređenje kvaliteta i efikasnosti zdravstvene zaštite je funkcionalno povezivanje sistema na svim nivoima uz unaprijed opredijeljene odgovornosti i zadatke. Uloge i odgovornosti na nivou upravljanja u sistemu zdravstva moraju se usmjeravati na sprovođenje poslovanja u okviru raspoloživih sredstava i uz poštovanje stručnih smjernica za rad.

Važan segment upravljanja sistemom zdravstva na svim njegovim nivoima jesu pouzdane, kvalitetne i ažurni zdravstveni podaci i informacije. Podaci su neophodni na izvoru njihovog nastanka tj. u zdravstvenim ustanovama, na nivou izvještavanja, analitičkom nivou i nivou donošenja odluka baziranih na dokazima. Unapređenje razvoja integralnog zdravstvenog informacionog sistema je neophodan preduslov za upravljanje resursima, kvalitetom zdravstvene zaštite, finansiranjem u sistemu zdravstva.

Crna Gora nastoji, da sa ograničenim ekonomskim i ljudskim resursima projektuje zdravstveni sistem, koji će biti efikasan i u funkciji zaštite zdravlja stanovništva. Zbog toga se pitanje kvaliteta zdravstvene zaštite nameće kao imperativ u reformi zdravstvenog sistema. Reformom sistema zdravstva, treba zadovoljiti potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom, koja bi trebala biti kvalitetna i dostupna, kroz razvoj finansijski održivog sistema.

Reformski procesi u sistemu zdravstva u Crnoj Gori

Reformski procesi u okviru Projekta unapređenja sistema zdravstva Crne Gore obuhvatili su reformu primarne i sekundarne zdravstvene zaštite u periodu od 2003. do 2012. godine.

Reforma primarnog nivoa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori je počela 2003. godine sprovođenjem novog načina organizovanja primarne zdravstvene zaštite i uvođenjem koncepta izabranog doktora u funkciji „čuvara kapije“ sistema. Izmijenjena je uloga domova zdravlja, koji su postali centri za podršku radu izabranog doktora. Koncept izabranog doktora je zaživio na teritoriji čitave Crne Gore, a prema poslednjim dostupnim podacima iz 2014. godine obuhvat registracije osiguranika kod izabranog doktora za djecu i odrasle iznosio je 95,89%. Kad je u pitanju izabrani doktor za žene konstatuje se loš obuhvat registracije od 62,40% u 2014. godini. Uvažavajući princip regionalizacije, u pojedinim domovima zdravlja su, prema gravitirajućim područjima, formirani regionalni centri za: mentalno zdravlje, djecu

sa posebnim potrebama, reproduktivno zdravlje i plućne bolesti i tuberkulozu. Reorganizacijom doma zdravlja nisu u potpunosti napušteni tradicionalni organizacioni oblici (specijalističke ambulante, dijaliza, bolnički kapaciteti-stacionari u pojedinim domovima zdravlja), da bi se održala bolja dostupnost zdravstvene zaštite stanovništva. Reformom primarne zdravstvene zaštite obezbijedena je optimalna pokrivenost potrebnim kadrom uz zadovoljavajući odnos medicinskih i nemedicinskih radnika (82%:18%), uz povoljnije standarde kadra u opštinama sa malom gustom naseljenosti.

Izabrani doktori su prošli obuku (kurs doedukacije) u cilju unapređenja znanja i vještina, u skladu sa novim konceptom i ulogom izabranog doktora. Reforma PZZ je obuhvatila i promjenu načina plaćanja uvođenjem modela finansiranja koji je kombinacija kapitacije i pruženih usluga.

Reforma sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite obuhvatila je izradu strateških i normativnih dokumenata (plan ljudskih resursa, strategija za unapređenje bolničke zdravstvene zaštite, strategija za unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata, osnovni paket usluga za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, nacionalne smjernice dobre kliničke prakse, strategija javno-privatnog partnerstva, podrška za optimizaciju zdravstvene mreže u Crnoj Gori). Uz dokumentacionu osnovu, u dijelu finansiranja je bilo planirano uvođenje novog modela plaćanja akutne bolničke njege prema DRG modelu.

Kompletnu do sada sprovedenu reformu u sistemu zdravstva pratio je razvoj integralnog zdravstvenog informacionog sistema sa ciljem podrške novih načina plaćanja (poslovni informacioni sistem) i medicinskih procesa na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite (medicinski informacioni sistem). Integralni sistem je obuhvatio i razvoj IT podrške FZOCG, zdravstveno-statističkog informacionog sistema IJZ za podršku izvještavanju, sistema agencije za lijekove i Ministarstva zdravlja.

Iako reformski procesi traju duže od 10 godina, sistem zdravstva se još uvijek suočava sa mnogobrojnim problemima, počev od optimizacije mreže zdravstvenih ustanova i decentralizacije u upravljanju, pa do racionalnog finansiranja inače skupog sistema zdravstvene zaštite. Prioritetni problemi vezani za organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstva zavise od niza faktora koji su vezani za tehničke (kadar, oprema, prostor) i tehnološke performanse sistema (vještina i znanja pružaoca zdravstvene zaštite, standardizovane procedure), stalno unapređenje zakonske regulative, upravljanje sistemom zdravstvene zaštite na različitim nivoima (menadžment, liderstvo, zastupanje za zdravlje), saradnju zdravstvenog i drugih sektora (socijalno staranje, obrazovanje, održivi razvoj, turizam, ekonomija, pravda, itd.) i prilagodljivost zdravstvenog sistema na promjene (upravljanje promjenama).

Prioritetne oblasti organizacije i funkcionisanja sistema zdravstva su: organizacija sistema zdravstvene zaštite, ljudski resursi u zdravstvu, upravljanje u sistemu zdravstva, integralni zdravstveni informacioni sistem, kvalitet zdravstvene zaštite i bezbjednost pacijenata, lijekovi i medicinska sredstva, sistem finansiranja i multisektorska saradnja.

1. ORGANIZACIJA I FUNKCIONISANJE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sistem zdravstvene zaštite treba da je organizovan na način da obezbijedi prvenstveno dostupnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu, smanjivanjem razlika u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, na šta treba usmjeravati dalji razvoj sistema i njegovih institucija. Važan faktor organizacije i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite je nivo povezanosti sistema po svim nivoima, kao i njegova teritorijalna raspoređenost, decentralizovano upravljanje, kao i usklađeno djelovanje javnog i privatnog sektora. Uključivanje zajednice u sistem je potencijalna mogućnost za djelotvorniju organizaciju i funkcionisanje zdravstvene zaštite, kao i uključivanje vaninstitucionalnih oblika pružanja zdravstvene zaštite. Vodeći zdravstveni problemi koji su diktirani povećanim opterećenjem hroničnim nezaraznim bolestima, epidemioške prijetnje, demografske promjene, kao i drugi problemi i stanja koji zahtijevaju hitan odgovor i reakciju sistema zdravstvene zaštite na efikasan i kvalitetan način su neophodni preduslovi u usmjeravanju organizacije samog sistema. Integrisani pristup u pružanju zdravstvene zaštite po svim nivoima je važan faktor koji se mora uzeti u obzir pri definisanju ciljeva i prioriteta u organizaciji i funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite.

U cilju organizacije i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite organizuje se mreža zdravstvenih ustanova. Analize u sistemu zdravstva u pogledu organizacije, strukturnih i kadrovskih kapaciteta, pokazuju da je mreža zdravstvenih ustanova u javnom sektoru u Crnoj Gori predimenzionirana u odnosu na područje koje pokriva, broj stanovnika, posteljne kapacitete, a s druge strane iako je kadrovska pokrivenost manja od EU prosjeka, zastupljena je neravnomjerna opterećenost pojedinih specijalističkih djelatnosti.

Osnovni ciljevi u organizaciji i funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite su:

- Reorganizacija i racionalizacija mreže zdravstvenih ustanova u javnom sektoru;
- Jačanje primarne zdravstvene zaštite;
- Organizacija, struktura i pozicija, rad i nadležnost zdravstvenih ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- Integrisani pristup u pružanju zdravstvene zaštite;
- Integracija javnog i privatnog sektora;

Mreža zdravstvenih ustanova obuhvata vrstu, broj i raspored svih zdravstvenih ustanova koje osniva država i pojedinih zdravstvenih ustanova ili djelova zdravstvenih ustanova čiji je osnivač drugo pravno i fizičko lice, po nivoima zdravstvene zaštite, u cilju obezbjeđivanja optimalne dostupnosti zdravstvene zaštite cjelokupnom stanovništvu. Mreža obuhvata primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite i treba da omogući geografsku dostupnost zdravstvene zaštite. Zdravstvena mreža utvrđuje se u odnosu na ukupan broj stanovnika, demografske karakteristike stanovništva, zdravstveno stanje, gravitirajući broj stanovnika, karakteristike pojedinih teritorija, raspoloživost zdravstvenih resursa, dostupnost zdravstvene zaštite, ekonomske mogućnosti države.

Prioritet 1: izrada nove mreže zdravstvenih ustanova u skladu sa definisanim ciljevima zdravstvene politike i raspoloživim finansijskim sredstvima, uz poštovanje osnovnog principa o dostupnosti bazirane na potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom.

Primarna zdravstvena zaštita je osnovni nivo za obezbjeđivanje dostupne zdravstvene zaštite stanovništva i svi međunarodno prihvaćeni standardi u oblasti PZZ predviđaju potrebu rešavanja 80 – 85% svih zdravstvenih problema na ovom nivou. Pored najveće koristi za zdravlje stanovništva, jačanjem primarne zdravstvene zaštite postiže se veća efikasnost

sistema zdravstvene zaštite i njegova finansijska održivost. Prioritetne aktivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba usmjeravati na prevenciju bolesti i promociju zdravlja, kao i jačanje kapaciteta za liječenje i rehabilitaciju najčešćih zdravstvenih problema stanovništva, sa posebnim osvrtom na vodeće hronične nezarazne bolesti, zarazne bolesti i povređivanje.

Prioritet 1: Kontinuirano praćenje i evaluacija toka reforme i funkcionisanja primarne zdravstvene zaštite. Odlučujući korak u reformi zdravstvene zaštite je njeno bolje usmjeravanje ka građanima i njihovim potrebama. Neophodno je vršiti praćenje toka reforme, kao i definisanje prioriteta na primarnom nivou, u cilju postizanja boljeg kvaliteta zdravstvene zaštite za sve građane.

Prioritet 2: Evaluacija uloga i rada centara i jedinica za podršku izabranog doktora, u cilju unaprijeđenja podrške radu i kvalitetu rada tima izabranog doktora i stručnog povezivanja sa sekundarnim i tercijarnim nivoom.

Prioritet 3: jačanje profesionalnih kapaciteta zdravstvenih radnika i saradnika (kontinuirana medicinska edukacija i stručno osposobljavanje), prema savremenim programima i metodama za rad u ordinaciji i u kući pacijenta, kako bi se pružio adekvatan odgovor na potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom.

Prioritet 4: jačanje grupne prakse izabranih doktora radi postizanja veće efikasnosti, kontinuiteta i kvaliteta rada.

Prioritet 5: unaprijediti kućno liječenje na način da omogući rješavanje akutnih zdravstvenih problema, kao i nastavak bolničkog liječenja.

Prioritet 6: implementacija preventivnih i promotivnih aktivnosti, kao i skrining programa, u skladu sa programom zdravstvene zaštite.

Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita je važan segment u rješavanju kompleksnih zdravstvenih problema, potreba za dodatnom dijagnostikom, liječenjem i rehabilitacijom i u Crnoj Gori se organizuje još uvijek u tradicionalno razvijenim bolničko-stacionarnim kapacitetima. S obzirom da na bolničku zdravstvenu zaštitu, prema podacima na međunarodnom nivou (SZO), odlazi značajan dio sredstava, potrebno je posebnu pažnju posvetiti organizovanju i funkcionisanju sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

Na nivou sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite potrebno je sljediti međunarodne smjernice za jačanje specijalističko-ambulantne djelatnosti, akutne i neakutne bolničke obrade, prenosom djelatnosti u dnevne bolnice, transparentnijim sistemima klasifikacije bolesnika kao osnove za sisteme finansiranja, koji na kraju moraju biti vezani za sistem unaprijeđenja kvaliteta i bezbjednosti. Organizaciju i funkcionisanje sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite treba usmjeravati na jačanje ambulantne obrade bolesnika i dnevnu bolnicu sa rekonstrukcijom postojećih bolničkih kapaciteta. Kadrovske resurse na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite treba planirati prema potrebama stanovništva, koje će se definisati preko nacionalnih prioriteta, broja bolesnika i obuhvaćenih gravitacionih područja. Potrebno je uvođenje indikatora na osnovu kojih će se pratiti i upoređivati produktivnost, efikasnost i kvalitet rada.

Tercijarni nivo zdravstvene zaštite je od značajnog nacionalnog interesa za najsloženije procedure, naučni i istraživački rad, pa je imajući to u vidu neophodno vršiti periodično

provjeravanje statusa tercijarnosti (svakih 5 godina). Tercijarni nivo funkcionise na istim principima kao sekundarni nivo, osim što obuhvata edukaciju, istraživanja i razvoj. Neophodno je precizno razdvojiti usluge koje se pružaju na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Definisanje tercijarne zdravstvene zaštite, odnosno podjela rada između tercijarne i sekundarne zdravstvene zaštite, ne znači prepreku i barijeru između ova dva nivoa zdravstvene zaštite, jer tercijarni i sekundarni nivo zdravstvene zaštite moraju predstavljati nedjeljivu funkcionalnu cjelinu, sa nesmetanim protokom informacija i iskustava između zdravstvenih radnika i saradnika. Zdravstvena djelatnost na tercijarnom nivou pruža visoko-specijalizovanu zdravstvenu zaštitu primjenom najsavremenijih tehnologija, u vidu specijalističko-konzilijarnih multidisciplinarnih ambulantnih i bolničkih djelatnosti. Tercijarna djelatnost uključuje uže specijalističke jedinice usmjerenih područja dijagnostike, terapije i rehabilitacije, kao i edukativni, naučni i istraživački rad samostalno ili u saradnji sa Medicinskim i drugim fakultetima. U okviru stručne podrške ostalim nivoima, tercijarna zdravstvena zaštita obuhvata pripremu novih metoda liječenja, izradu nacionalnih programa, pripremu kliničkih smjernica i vodiča i standardnih operativnih procedura dijagnostike i liječenja (SOP). Programi edukacije, stručne podrške i naučno istraživačke djelatnosti tercijarnog nivoa moraju biti definisani planom. Tercijarna zdravstvena zaštita je dostupna samo na osnovu upućivanja od strane izabranih doktora i nakon prethodne trijaže na sekundarnom nivou.

Imajući u vidu EU perspektive u procesu pridruživanja, prilikom organizacije i funkcionisanja tercijarne zdravstvene zaštite treba uzeti u obzir i mogućnosti uže saradnje, stvaranja uslova za umrežavanje, razmjenu iskustava i najboljih praksi, ugovor o zajedničkim smjernicama i poboljšanje pristupa visokospecijalizovanim uslugama i stručnom znanju u okviru evropskih referentnih mreža.

Unapređenjem tehnološke i komunikacione infrastrukture, može se uticati na povećanje dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite u područjima koja pokrivaju opšte bolnice, uvođenjem telemedicinskih servisa i telekonsultacija sa KCCG za one zdravstvene probleme koji bi se uz ovakvu podršku mogli rješavati brže i kvalitetnije na mjestu gdje se pacijent nalazi.

Zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou treba pružati na najefikasniji način i dominantno se usmjerava sa primarnog nivoa zdravstvene zaštite. Hospitalizaciju, kao najskuplji vid zdravstvene zaštite, treba ograničiti samo na slučajeve, kada se postavljanje dijagnoze i liječenje ne može izvršiti na neki drugi način. Zato će se obim liječenja, koje obuhvata hospitalizaciju, smanjiti, kao i broj posteljnih kapaciteta i manjih odjeljenja za liječenje akutnih slučajeva u bolnicama.

Ambulantno-specijalistička djelatnost. Upućivanje sa primarnog na sekundarni nivo zdravstvene zaštite zavisi od važećih smjernica obrade pacijenta na primarnom nivou, težine bolesti pacijenta, mreže ili raspoloživih resursa (kadrovskih, finansijskih i materijalnih). Tendencije za kontinuiranom, integrisanom, bezbjednom, kvalitetnom i efikasnom obradom pacijenta, usmjerene su prioritetnom razvoju ambulantno specijalističke djelatnosti. U narednom periodu treba vršiti preraspodjelu kadra ka ambulantno - specijalističkoj djelatnosti. Ukoliko potrebe stanovnika za zdravstvenom zaštitom u javnom sektoru nisu dovoljno pokrivena i vrijeme čekanja duže od stručno prihvatljivog, može se pristupiti uključivanju privatnih zdravstvenih ustanova preko koncesija. Uslovi za razvoj ambulantno-specijalističke djelatnosti su: transparentna pravila raspodjele rada između primarnog i sekundarnog nivoa, broj ambulantno obrađenih pacijenata (na 1000 stanovnika) područja za pojedinu specijalnost,

prosječan broj pacijenata, koje može godišnje obraditi jedan ljekarski tim, neprihvatljivo vrijeme čekanja.

Akutna bolnička obrada (ABO) podrazumijeva liječenje u bolnici, kada se postavljanje dijagnoze i liječenje ne može izvršiti na neki drugi način. Bolnička odjeljenja, trebaju da, na zadovoljavajući način, pružaju zdravstvenu zaštitu bez prekida 24 sata dnevno, uz brinjanje svih hitnih slučajeva, a poštujući kriterijume kvalitetne, bezbjedne i efikasne obrade pacijenata. Po nekim međunarodnim studijama, optimalan broj posteljnih kapaciteta za efikasno rukovođenje bolnicom je između 200 i 600 kreveta.

Neakutna bolnička obrada (NABO). U NABO se upućuju pacijenti nakon završene akutne bolničke obrade (ABO) ili oni pacijenti, kojima je potrebno produženo liječenje, rehabilitacija, zdravstvena njega ili palijativna njega, kada zdravstveno stanje pacijenta ne dozvoljava obradu ili bi ona bila teško izvodljiva na drugom mjestu. NABO predstavlja značajno područje između ABO i otpuštanja na kućno liječenje, ili u ustanovu socijalnog staranja. Obično se NABO naplaćuje po bolničkim danima uz određena ograničenja trajanja obrade. Oblici NABO su podijeljeni u sledeće programe:

1. produženo bolničko liječenje sa rehabilitacijom, za pacijente: koji nakon dijagnostičke ili terapijske obrade ne mogu produžiti obradu van bolnice, jer bi im to pogoršalo stanje, bez potrebe za akutnom dijagnostikom i terapijom, bez potrebe za složenom diagnostikom i liječenjem, sa planiranim dugotrajnim liječenjem sa većim učešćem zdravstvene njege i rehabilitacije;
2. bolnička zdravstvena njega na odjeljenima za njegu za pacijente kojima je nakon završene ABO potrebna: pretežno zdravstvena njega, fizioterapija i dodatna socijalna obrada u cilju povećanja sposobnosti samonjege, izvođenje specifičnih aktivnosti zdravstvene njege, koja se ne može raditi kod kuće ili u institucionalnoj zaštiti, stimulacije aktivne uloge pacijenta u rješavanju njegovih zdravstvenih problema, sprovođenja zdravstveno obrazovnih programa za savlađivanje bolesti nakon otpuštanja, veće bezbjednosti otpuštanja.

Palijativna njega (zbrinjavanje). Po demografskim i epidemiološkim trendovima raste broj starijih i hroničnih bolesnika, mijenja se slika tradicionalne porodice, što je prouzrokovalo drugačiji pristup problemu smrti. Obaveza zbrinjavanja starijih, hroničnih bolesnika i umirućih pacijenata, prenijela se iz porodice na društvo i u najvećoj mjeri na javni zdravstveni sistem. Palijativna njega za pacijente sa napredujućom i neizlječivom bolešću i njihovu okolinu znači integralno zbrinjavanje (njegu) zbog posljedica bolesti (bolovi, mučnina, otežano disanje, iscrpljenost, delirijum) i psihosocijalnih potreba za što kvalitetnijim životom do smrti. Ovo podrazumijeva oboljele od malignih oboljenja, otkazivanje rada organa, neuroloških oboljenja, psihijatrijskih oboljenja, HIV-a i dr. Palijativna njega se danas odvija jednim dijelom na primarnom nivou, kroz usluge patronažne sestre i kućnog liječenja od strane izabranog doktora, što ne zadovoljava stvarne potrebe. U narednom periodu neophodno je u oblasti palijativne njege, posebnu pažnju posvetiti razvoju edukativnih programa i organizovanju multidisciplinarnih timova za palijativno zbrinjavanje (ljekar, medicinska sestra, socijalni radnik, fizioterapeut, radni terapeut, dijetetičar i psiholog). Palijativna njega mora postati sastavni dio integralne zdravstvene zaštite preko palijativnih timova, palijativnih odjeljenja ili hospisa.

Dugotrajna njega kao dio integralne obrade pacijenta tijesno povezuje zdravstvenu i socijalnu zaštitu i njegu za one, kojima treba određena pomoć zbog posljedica bolesti, povreda, invalidnosti ili opšte slabosti u dužem vremenskom periodu kod svakodnevnih aktivnosti, rehabilitacije, sa ciljem veće osposobljenosti za samonjegu (samozbrinjavanje) i dugoročnog smanjenja potreba za dugotrajnom negom. Dugotrajna njega se pruža licima sa

fizičkim ili mentalnim smetnjama, nemoćnim starim licima i onima, kojima je neophodna podrška i pomoć u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti. Definicije dugotrajne njege se u EU razlikuju sa stanovišta određenja dužine korišćenja i profila korisnika kao i obima i vrste usluga, a linija razgraničenja između zdravstvene i socijalne komponente u dugotrajnoj zaštiti se veoma različito praktikuje.

Prioritet 1: Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita treba da obuhvati ambulantno-specijalističku obradu, akutnu i neakutnu bolničku obradu. Zahvaljujući izmijenjenoj demografskoj strukturi i napretku u medicinskoj tehnologiji, potrebno je uvesti nove oblike brige o pacijentima (dnevne bolnice, neakutna njega, produžena bolnička njega, palijativna njega), ukoliko se želi blagovremeno odgovoriti na potrebe i želje pacijenata. Dnevne bolnice su organizacioni model uvođenja savremenog, ekonomičnog i multidisciplinarnog načina liječenja, koji će značajno poboljšati kvalitet zdravstvene zaštite. Palijativna njega se mora upotpuniti psihološkom, socijalnom i duhovnom njegovom pacijenata i njihovih najbližih sa svim njihovim željama, strahovima i potrebama.

Prioritet 2: Zdravstvene ustanove na sekundarnom nivou će se racionalno reorganizovati, da bi se zadovoljili kriterijumi dostupnosti, efikasnosti, kvaliteta i bezbjednosti pacijenata. Spajanje pojedinih djelatnosti bolnica mora biti planski usmjeravano, da bi se postigla organizaciona, stručna i finansijska povezanost, kako bi se zajednički održale određene postojeće djelatnosti i usluge i eliminisalo dupliranje kapaciteta. Interdisciplinarna racionalna integracija procesa zdravstvene zaštite srodnih i geografsko bliskih djelatnosti mora biti osnov pružanja zdravstvenih usluga. Reorganizacija dežurnih službi u bolnicama na principu kadrovske i materijalne osposobljenosti svake ustanove za prijem bolesnika je neophodna. Za ranije otpuštanje iz bolnice i smanjenje potrebe za institucionalnim zbrinjavanjem, potreban je razvoj NABO i širi obim liječenja i njege kod kuće. Ta obrada će pacijentima omogućiti duži boravak kod kuće i bolji kvalitet života, uprkos bolesti. Činjenica da će starija i bolesna lica ostati kod kuće, poboljšava kvalitet njihovog života i istovremeno smanjuje troškove njege lica u ustanovama, koje pružaju takve usluge.

Prioritet 3: Zdravstvene ustanove na sekundarnom i tercijarnom nivou biće organizovane u skladu sa standardima i normativima, zasnovanim na procesu, a ne na kapacitetima. Za reorganizaciju bolnica potrebno je utvrditi standarde zdravstvenog liječenja, opreme koju koriste davaoci zdravstvenih usluga, menadžmenta i informacija. Potrebno je započeti proces akreditacije bolnica, odjeljenja i laboratorija i verifikacije prostorija, opreme i djelatnosti. Akreditaciju označenu kao proces treba razlikovati od procesa evaluacije rada zdravstvenih ustanova. Akreditacija bi trebala da doprinese poboljšanju organizacije rada i pružanja zdravstvenih usluga, smanjivanju troškova, porastu efikasnosti i jačanju povjerenja javnosti u sistem zdravstvene zaštite.

Prioritet 4: Naplaćivanje zdravstvenih usluga vršiće se prema složenosti pacijenta. Na osnovu novih klasifikacija bolesti u ambulantno-specijalističkoj djelatnosti, akutnoj i neakutnoj obradi, sa paralelnom izradom informacionog sistema i obučavanjem stručnjaka svih područja (ljekari, medicinske sestre, informatičari, ekonomisti), postepeno će se primijeniti naplaćivanje prema složenosti bolesti. Za akutnu obradu primjeniće se DRG sistem, a za ostale vidove obrade pacijenata zadržati postojeće načine plaćanja. Kod implementacije modela vrlo je značajna dobra strategija sa analizom postojećeg stanja i vizijom ciljeva.

Prioritet 5: Ugraditi sistem naplaćivanja po ishodu obrade. Novi sistemi finansiranja, u skladu sa indikatorima ishoda liječenja, omogućiće uvođenje naplaćivanja po ishodu obrade.

Prioritet 6: Institucionalno rješenje forenzijske psihijatrije. Procjene potreba po obaveznom psihijatrijskom liječenju u Crnoj Gori su do 100 kreveta, kojih sada nema, budući da se u jedinu ustanovu za psihijatrij upućuju i pacijenti kojima je sud izrekao mjeru bezbjednosti obaveznog čuvanja i liječenja. Neophodno je šire znanje o pitanjima vezanih za prepoznavanje i identifikaciju tjelesnih povreda i osnovnih psihijatrijskih sindroma, kao i problematiku sudskomedicinskih i psihijatrijskih vještačenja i sprovođenje mjera bezbjednosti. U projektu bi trebali učestvovati Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo pravde i Ministarstvo unutrašnjih poslova.

Prioritet 7: Omogućiti da se u zdravstvenim ustanovama vrši naplaćivanje usluga za bolesnike sa izuzetno dugim periodom ležanja po tipu plaćanja za smještaj, kao što je to slučaj u postojećim socijalnim ustanovama.

Prioritet 8: Referentnost, nacionalni interes i obim naučnog rada u specijalnim bolnicama uključice se u kriterijume za njihovu kategorizaciju u vidu zdravstvene ustanove na tercijarnom nivou.

Prioritet 9: Osnivanje samostalne zdravstvene institucije za zdravstvenu zaštitu zaposlenih, kao specifičnog vida zaštite koji će unaprijediti zdravlje zaposlenih.

Prioritet 10: Zaštiti zdravlja zdravstvenih radnika potrebno je posvetiti posebnu pažnju, s obzirom na povećane rizike na koje nailaze tokom svog rada. Predlaže se razvijanje nacionalnog programa, u skladu sa Globalnim planom djelovanja na zdravlje zdravstvenih radnika.

Integrirani pristup u pružanju zdravstvene zaštite je važan faktor u organizaciji i funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite i uspješnost primjene ovog pristupa zavisi od stepena integrisanosti sistema (funkcionalne povezanosti primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa), njegove teritorijalne nezavisnosti i ukidanja administrativnih barijera (mreža i finansiranje), kao i harmonizacija djelovanja javnog sektora sa drugim zainteresovanim subjektima (lokalna zajednica, privatni sektor).

Prioritet 1: Unapređenje funkcionalne povezanosti određenih djelatnosti, u okviru i između nivoa zdravstvene zaštite (horizontalna i vertikalna povezanost), je važna pretpostavka za efikasnu zdravstvenu zaštitu, a u najboljem interesu pacijenta. Prvenstveno se integracija odnosi na djelatnosti pedijatrije, ginekologije, fizikalne medicine, radiološke i laboratorijske dijagnostike i hitna/urgentna medicina.

Prioritet 2: Unapređenje sistema upućivanja pacijenta po nivoima zdravstvene zaštite, sa ciljem bolje integracije primarnog i viših nivoa i podijeljene odgovornosti i razmjene informacija između učesnika u pružanju zdravstvene zaštite.

Inegracija javnog i privatnog sektora uključivanjem privatnog sektora u sistem zdravstva potencijalno može da ojača i podstakne zdravstvo, pod okriljem savremenog koncepta javnog sektora. Dosadašnje intervencije tipa objavljivanje poziva privatnim ustanovama za pružanje usluga iz osnovnog paketa usluga i uvođenje privatno javnog partnerstva predstavljaju promociju uvođenja principa tržišnog poslovanja kako bi se javno zdravstveni sektor učinio konkurentnim u odnosu na druge zdravstvene sisteme EU i privatni sektor i sposobnim da na kvalitetan i efikasan način odgovori novim izazovima.

Prioritet 1: Sprovođenje aktivnosti planirane akcionim planom za realizaciju strategije javno-privatnog partnerstva u zdravstvu Crne Gore sa prioritetima koji su usmjereni na ustupanje nekih servisa specijalizovanim agencijama (održavanje higijene prostora, posteljine i odjeće, ishrana, servisiranje opreme, sterilizacija i sl).

2. LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVU

Najvažniji resurs koji je osnov razvoja sistema zdravstvene zaštite i koji je potrebno postepeno razvijati su ljudski resursi u zdravstvu. U prilog tome idu i zacrtane aktivnosti na reorganizaciji sistema zdravstvene zaštite, što iziskuje planiranje ljudskih resursa u skladu sa potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom, trendovima u obolijevanju i umiranju stanovništva, opterećenosti sistema zdravstvene zaštite.

Implementacija strateških opredjeljenja kao neophodnih preduslova i zakonskog okvira koji reguliše oblast ljudskih resursa u zdravstvu (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o radu) i podzakonske regulative (Pravilnik o specijalizacijama i subspecijalizacijama zdravstvenih radnika i saradnika), garantuju regulisanje potreba za ljudskim resursima u zdravstvu.

Ljudski resursi za zdravlje su osnovna determinanta sistema zdravstvene zaštite, i to u svim oblastima (promocije, prevencije i liječenja). Istovremeno, ljudski resursi predstavljaju najveći i najskuplji „input“ zdravstvenog sistema, kao i resurs koji je najteže razviti. Zdravstveni radnici su najveći i najvažniji resurs zdravstva i većina bi mjera, u okviru prioriteta u optimizacije bolničke zdravstvene zaštite, trebala posredno ili neposredno uticati na unaprijeđenje rada zdravstvenih radnika i poboljšanje njihovog položaja.

Ljudski resursi u oblasti zdravstva uključuju, osim zdravstvenih radnika i saradnika, i one iz oblasti zdravstvenog menadžmenta i druge nemedicinske radnike koji mogu biti od značaja za dobro funkcionisanje pružanja zdravstvene zaštite. U tome posebnu ulogu i značaj imaju i rukovodioci zdravstvenih ustanova. Zakonskim i podzakonskim aktima u oblasti zdravstva regulišu se potrebe ljudskih resursa u vanbolničkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Zato je neophodno planiranje kadrova u zdravstvu, zavisno od potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom, mreže zdravstvenih ustanova, demografske strukture stanovništva i projekcija, migracionih tokova, starosne strukture zaposlenih, potreba za resursima u skladu sa aktuelnim i novim zahtjevima.

Ljudski resursi imaju centralnu ulogu u unapređenju sektora zdravstva pod pretpostavkom da su ispunjeni osnovni zahtjevi u pogledu stručnosti, opterećenosti/upošljenosti, njihovog obima i distribuiranosti. Broj zaposlenih i njihova kvalifikaciona struktura odražava kvalitativnu i kvantitativnu razvijenost zdravstvene djelatnosti. U prethodnim decenijama zapaža se neujednačen i disproporcionalan razvoj zdravstvenih kapaciteta i zapošljavanja. Isto tako, zapažene su velike razlike među regionima po stanovniku, zbog čega se problemom smatra pristupačnost nekim regionima. Ovo je posljedica neadekvatnog planiranja broja i strukture kadra u prošlosti.

Raspoloživi podaci pokazuju da kadrovski razvoj zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori, u ranijem periodu, nije išao u pravcu jačanja i razvijanja primarne zdravstvene zaštite niti u pravcu zadovoljenja potrebe stanovništva već u pravcu bržeg razvoja specijalističke djelatnosti sekundarnog i tercijarnog nivoa i zadovoljenja normativa baziranih na razvijenim institucionalnim kapacitetima.

Savremeni sistemi planiraju broj zaposlenih na osnovu ishoda i rezultata – broja pacijenata zajedno sa ozbiljnošću njihovog stanja i kvalitetom zdravstvene zaštite. Tim pristupom trebaju se prihvatiti moderniji, međunarodni indikatori i kriterijumi upoređivanja zdravstvenih

radnika, kao što je broj bolesnika (ili čak bolesnika sa opredijeljenom težinom bolesti) po doktoru ili medicinskoj sestri.

Tokom protekle decenije sestrinstvo se razvija kao nezavisna profesija, koja pruža zdravstvenu njegu na osnovu istraživanja i potvrđene metodologije u sestrinstvu. Medicinske sestre su najbrojnija grupa u sistemu zdravstva i svojim radom doprinose boljem kvalitetu njege i bezbjednosti pacijenata u ustanovama ali i široj društvenoj zajednici. Medicinska sestra je odgovorna za procjenu, planiranje, vršenje i ocjenu zdravstvene njege, koja se pruža isključivo na osnovu plana, koji se zasniva na sestrijskoj dijagnozi i problemu utvrđenom od strane medicinske sestre. Intervencija mora biti praćena odgovarajućom dokumentacijom i naučnim istraživanjem. Plan i intervencije medicinskih sestara moraju obezbijediti sigurnost pacijenata kao i zaštitu prava pacijenta.

Direktiva 2005/36/EU reguliše obrazovanje, kvalifikacije i zaštitu zvanja, obezbeđuje sigurnost pacijenta prilikom intervencija u zdravstvenoj njezi, omogućava slobodni protok sestrijskih usluga.

Osnovni ciljevi u planiranju ljudskih resursa su:

- prilagođavanje školovanja zdravstvenog kadra potrebama društva
- kontinuirano unapređenje znanja i vještina;
- razvijanje kapaciteta za upravljanje ljudskim resursima;
- mobilnost zdravstvenih radnika.

Školovanja zdravstvenog kadra još uvijek nije usklađeno sa potrebama društva, iako su planom ljudskih resursa u zdravstvu napravljene projekcije potrebnog broja doktora. Prema preporukama SZO, politika kadrova u zdravstvu podrazumijeva planiranje školovanja odgovarajućeg broja i kvalifikacione strukture (prema procijenjenim potrebama) i njihovu odgovarajuću iskorišćenost, uz stalno profesionalno usavršavanje.

Prioritet 1: Prilagođavanje školovanja kadra zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva što podrazumijeva usklađivanja interesa i potreba sistema obrazovanja i sistema zdravstvene zaštite.

Prioritet 2: Plansko odobravanje specijalizacija u skladu sa planom ljudskih resursa, kako bi se izbjegla pretjerana koncentracija specijalista u određenom regionu, a nedostatak u drugim, uz podsticanje deficitarnih specijalističkih grana (npr. dječija i adolescentna psihijatrija).

Kontinuirano unapređenje znanja i vještina je neophodan proces s obzirom na stalne demografske i epidemiološke promjene, uvođenje i usvajanje novih tehnologija, promjene u političkom i ekonomskom okruženju, globalizaciju, kao i na proces evropskih integracija.

Prioritet 1: Unapređenje znanja i vještina ljudskih resursa kroz process obrazovanja. Edukacija/školovanje zdravstvenih radnika je dinamičan proces, koji treba stalno unapređivati i prilagođavati promjenama.

Prioritet 2: Povećanje uloge kadra za njegu (medicinske sestre, babice, fizioterapeuti) kod preuzimanja novih samostalnih zadataka kod obrade bolesnika (hronični zdravstveni problemi, trudnoća bez komplikacija).

Razvijanje kapaciteta za upravljanje ljudskim resursima i mogućnost dugoročnog planiranja i ulaganja u ljudske resurse, pored generisanja znanja, infrastrukture i tehnologije, predstavlja neophodnost ka dostizanju adekvatnog odgovora na promjenljive zdravstvene potrebe i nove načine pružanja zdravstvenih usluga.

Prioritet 1: Edukacija iz oblasti zdravstvenog menadžmenta je neophodna za sve donosiocce odluka na nacionalnom nivou, za one koji upravljaju zdravstvenim ustanovama na svim nivoima zdravstvene zaštite i one koji se bave zdravstvenim planiranjem u oblasti formulisanja politike planiranja i razvoja kadrova.

Mobilnost zdravstvenih radnika trebala bi biti omogućena kroz ostvarivanje viših nivoa obrazovanja, što povećava njihovu kompetentnost i napredovanje u struci i preuzimanje zadataka u skladu sa dostignutim višim nivoom obrazovanja.

Prioritet 1: Vertikalna i horizontalna mobilnost zdravstvenih radnika treba da nadomjesti manjak zdravstvenih radnika (dominantno doktora) kao i da odgovori na stalne promjene u zdravstvenim potrebama stanovništva, te je potrebno normativno urediti načine prelaska ili privremenog rada iz jedne u drugu zdravstvenu ustanovu.

Prioritet 2: Definisati rad zdravstvenih radnika nakon sticanja uslova za penziju, kao i djelatnosti u kojima mogu biti angažovani.

Prioritet 3: Definisati uvođenje smjenskog rada zdravstvenih radnika u odnosu na pojedine djelatnosti (interna medicina, hirurgija, ginekologija), zatim u skladu sa opterećenjima po pojedinim specijalnostima/užim specijalnostima.

3. UPRAVLJANJE U SISTEMU ZDRAVSTVA

Upravljački kapaciteti u zdravstvu su važan uslov efikasnog i djelotvornog funkcionisanja zdravstvenog sistema, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim nivoima upravljanja. Rukovodioci na svim nivoima upravljanja moraju biti svjesni da upravljanjem, odnosno donošenjem odluka utiču na finansijske efekte, što ih samim time uključuje i u finansijsko upravljanje i kontrolu potrošnje u javnom sektoru.

Za obavljanje dužnosti upravljanja i odgovornosti (posebno u vidu lične i institucionalne odgovornosti u odnosu na ostvarene rezultate) potrebna su specifična znanja i vještine, ali i puno radno vrijeme posvećeno upravljanju. Kako pokazuju dosadašnja iskustva, ljekari koji preuzmu upravljačke odgovornosti i dalje nastavljaju da obavljaju medicinsku praksu, te je stoga potrebno razdvojiti organizaciono-finansijsko od medicinskog upravljanja. Upravljači na organizacionom i finansijskom nivou na upravljačkim poslovima moraju provoditi puno radno vrijeme i ne trebaju imati primarno medicinsko obrazovanje, već moraju raspolagati specifičnom ekspertizom (ekonomskom, pravnom, upravljačkom) koja ih kvalifikuje za taj posao. Finansijsko upravljanje će imati koristi od centralizacije, u smislu npr. objedinjene javne nabavke. Medicinsko upravljanje ne mora podrazumijevati puno radno vrijeme, ali mora biti u nadležnosti zdravstvenih radnika s bogatom kliničkom ekspertizom, a usmjereno na upravljanje kvalitetom njege, sigurnost pacijenata, sprovođenje i nadzor nad primjenom kliničkih smjernica i na druge aktivnosti koje su usko vezane za medicinsku struku. Medicinsko upravljanje treba usmjeravati u pravcu decentralizacije, odnosno sprovođenja i nadzora koje je što bliže pojedinom pacijentu.

Osnovni ciljevi upravljanja u sistemu zdravstva se odnose na:

- Jačanje efikasnog menadžmenta na svim nivoima i
- Podjele upravljačkih nadležnosti.

Efikasan menadžment na svim nivoima je preduslov za sprovođenje bilo kakvih promjena i reformskih procesa u sistemu zdravstva. Uloga sadašnjih menadžera zdravstvenih ustanova u ograničenim uslovima je kompleksna. Uz liderstvo i viziju, upravljači u svojim aktivnostima moraju da budu: inovativni, fleksibilni, edukativni, da respektuju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između odjeljenja i službi, da nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

Prioritet 1: Kontinuirana edukacija upravljačkog kadra na svim nivoima. Edukacija iz menadžmenta u zdravstvu mora obuhvatiti: uvod u menadžment, zdravstveni sistemi, zdravstvena politika, strateški menadžment, alati za analizu i donošenje odluka, liderstvo, tehnike planiranja, upravljanje organizacijom, metode upravljanja, metode i tehnike monitoringa i evaluacije, upravljanje kvalitetom, upravljanje ljudskim resursima, upravljanje infomacijama, upravljanje promjenama, menadžment konfliktom, menadžment rizicima, projektni menadžment, ekonomija za menadžere, zdravstvena ekonomika, finansijski menadžment, knjigovodstvo, vještine pregovaranja, projekat uvođenja sistema menadžmenta i sistema kvaliteta.

Podjelu upravljačkih nadležnosti u dijelu organizaciono-finansijskog i medicinskog upravljanja treba poboljšati kako bi ustanove sistema kompetentno obavljale analize podataka i planiranje u skladu sa programom zdravstvene zaštite i programskim zadacima, kao i projektne aktivnosti na nacionalnom i međunarodnom nivou.

Prioritet 1: Potrebno je normativno urediti organizaciju i funkcionisanje zdravstvenih ustanova sa detaljnim prepoznavanjem podijeljenih upravljačkih uloga (organizaciono-finansijskih i medicinskih).

Prioritet 2: Uspostavljanje sistema upravljačke odgovornosti po nivoima upravljanja.

4. ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM I E-ZDRAVSTVO

Važnim dokumentima Ministarstva zdravlja Crne Gore, koji usmjeravaju zdravstvenu politiku i reformske procese, razvoj zdravstvenog informacionog sistema je prepoznat kao ključna i neophodna komponenta uspjeha reformi i boljeg upravljanja i unapređenja zdravstvenog sistema uopšte. Sa početkom Projekta unapređenja sistema zdravstva u Crnoj Gori (od 2004. godine), počele su i paralelne aktivnosti na razvoju zdravstvenog informacionog sistema.

Osnovni koncepti sistema sadržani su u strateškim dokumentima za razvoj IT podrške reformskim procesima u sistemu zdravstva, a realizovani razvojem i implementacijom integralnog zdravstvenog informacionog sistema. Prvobitne aktivnosti na razvoju IT podrške odnosile su se na pokrivanje funkcija finansijskog poslovanja Fonda za zdravstveno osiguranje (2000. godine), kao i na praćenje potrošnje lijekova u JAU Montefarm, međutim sa početkom realizacije Projekta unapređenja sistema zdravstva, počinje po prvi put razvoj informacionog sistema u sistemu zdravstvene zaštite.

Integralni informacioni sistem zdravstva u Crnoj Gori obuhvata informacioni sistem Fonda za zdravstveno osiguranje, IS primarne zdravstvene zaštite, IS apotekarske djelatnosti, IS stomatološke zdravstvene zaštite na primarnom nivou, IS opštih bolnica, IS Zavoda za hitnu medicinsku pomoć, IS Zavoda za transfuziju, IS Instituta za javno zdravlje i IS Agencije za lijekove. Kao podrška elektronskoj razmjeni informacija (e-zdravstvo) razvijeni su pojedini e-servisi.

Integralni zdravstveni informacioni sistem, koji obuhvata i zdravstveno-statistički informacioni sistem Instituta za javno zdravlje, koji je važan segment za vođenje propisanih evidencija u oblasti zdravstva shodno zakonu, mora u potpunosti pokriti sve zahtjeve zdravstvenog sistema u cilju efikasnijeg upravljanja, planiranja i nadzora, kao i obezbjeđivanja pravovremenih informacija i dokaza za proces donošenja odluka u zdravstvu. Koncept interne operabilnost i uvođenje e-servisa omogućavaju pravovremenu i kvalitetnu razmjenu informacija u zdravstvu na nacionalnom i međunarodnom nivou na dobrobit svih učesnika u procesu pružanja zdravstvene zaštite.

Zdravstveni informacioni sistem integrisano orjentisan i baziran na zajedničkim resursima, uz koordinisano upravljanje i kontrolisanu pokrivenost poslovnih i medicinskih procesa, potencijalno obezbjeđuje ažurne, kvalitetne i korisne podatke i informacije za usmjeravanje strateškog planiranja u sistemu zdravstva, transparentne podatke za upravljanje troškovima u zdravstvu, bolji kvalitet zdravstvene zaštite, upravljanje pacijentom i njegovim zdravstvenim problemima. U cilju boljeg upravljanja za zdravlje i vođenja adekvatne zdravstvene politike, kao i stvaranja preduslova za finansijsku održivost sistema, neophodna su dalja unapređenja i nadogradnje zdravstvenog informacionog sistema.

Osnovni ciljevi informatizacije zdravstvenog sistema i razvoja e-zdravstva u narednom periodu su:

- Dalji razvoj i implementacija integralnog zdravstvenog informacionog sistema;
- Bolje upravljanje zdravstvenim sistemom na svim nivoima, korišćenjem zdravstvenih informacija za proces odlučivanja;
- Bezbjedna i efikasna razmjena podataka između svih učesnika zdravstvenog sistema sa ciljem veće dostupnosti, kontinuiteta i kvaliteta zdravstvene zaštite;
- Automatizacija i smanjenje troškova svih postupaka i procesa koji prate osnovne djelatnosti zdravstvene zaštite.

Razvoj i implementaciju zdravstvenog informacionog sistema treba usmjeravati na organizovan i koordinisan način uz poštovanje principa integralnosti (upravljanje zajedničkim resursima, klasifikacijama, šifarnicima, jedinstvene baze podataka i moduli, elektronski zdravstveni karton, interoperabilnost, itd.) i standardizacije modela podataka i komunikacija, uz korišćenje već razvijene informatičke podrške u sistemu zdravstva. Integracija se ostvaruje i kroz objedinjavanje nabavke i ujednačavanje standarda za računarsku opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku.

Prioritet 1: planski definisati upravljanje integralnim zdravstvenim informacionim sistemom uz jasno određene nadležnosti u svim njegovim fazama razvoja i implementacije.

Prioritet 2: funkcionalno unapređenje, modernizacija i održavanje postojećih i razvoj novih IT rješenja u okviru integralnog zdravstvenog informacionog sistema, poštujući utvrđene standarde za funkcionalnost, bezbjednost i interoperabilnost sistema.

Za bolje upravljanje zdravstvenim sistemom, neophodno je korišćenje relevantnih, ažurnih, kvalitetnih i analitičkih informacija, koje se generišu u okviru zdravstvenog informacionog sistema na svim nivoima i pouzdan su dokaz u procesu donošenja odluka u sistemu zdravstva.

Prioritet 1: uspostavljanje automatizovanog naprednog sistema zdravstvene statistike, analize podataka i izrade izvještaja– *business intelligence system/data warehouse system* koji su osnova za proces donošenja odluka u zdravstvu.

Bezbedna i efikasna razmjena podataka između svih učesnika zdravstvenog sistema uslov je funkcionalnosti informacionog sistema. Uvođenje elektronskih servisa (e-zdravlje) na svim nivoima značajno može doprinijeti funkcionalnom unapređenju sistema, a posljedično dovodi do poboljšanja kvaliteta, kontinuiteta i dostupnosti zdravstvene zaštite.

Prioritet 1: uspostavljanje funkcionalnog elektronskog kartona pacijenta koji se popunjava na raznim nivoima i segmentima u procesu pružanja zdravstvene zaštite uz mogućnost povezivanja djelova kartona kada je to potrebno i uz definisana ovlašćenja, čime se ostvaruju uslovi za elektronsku komunikaciju između učesnika i očekivano povećava kvalitet liječenja.

Prioritet 2: funkcionalno unapređenje postojećih IT rješenja kroz razvoj i implementaciju elektronskih servisa – e-recept, e-zakazivanje, e-upućivanje, e-smjernica propisivanja, e-kliničke smjernice, e-liste lijekova, e-prijava.

Prioritet 3: uvođenje telemedicinskih servisa u pokrivanju određenih djelatnosti u zdravstvu (karidologija, radiologija, hitna medicinska pomoć) sa ciljem povećanja dostupnosti i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite.

Automatizacija praćenja troškova svih postupaka i procesa koji prate sam proces zdravstvene zaštite je jedan od veoma važnih segmenata u razvoju zdravstvenog informacionog sistema. To prvenstveno podrazumijeva funkcionalno povezivanje poslovnih sa medicinskim procesima, jer su medicinski procesi polazna osnova za automatizaciju praćenja troškova (upućivanja, dijagnostika, recepti, bolovanja).

Prioritet 1: uspostavljanje IT podrške za praćenje troškova prema ishodima/rezultatima rada u procesu pružanja zdravstvene zaštite, u skladu sa usvojenim modelima plaćanja na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene.

Prioritet 2: funkcionalno povezivanje segmenata zdravstvene djelatnosti u cilju potencijalnog smanjenja troškova postupaka i procesa u sistemu zdravstvene zaštite (laboratorija, radiologija).

5. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBJEDNOST PACIJENATA

Demografske promjene, razvoj novih zdravstvenih tehnologija, povećana očekivanja i potrebe pacijenata i građanja, a posljedično rast troškova su izazovi svakog zdravstvenog sistema. Zdravstvene usluge se, uglavnom, pružaju fragmentisano, usmjeravajući se na bolest i primjenu novih tehnologija, a ne na pacijenta, što može da izazove osjećaj otuđenosti i nesigurnosti.

Veoma intenzivan razvoj novih tehnologija uključuje u zdravstvenu zaštitu sve kompleksniji skup aktivnosti u postavljanju dijagnoze i liječenju, prevenciji bolesti i promociji zdravlja, kao i postavljanje odgovornosti za zdravlje dobro obaviještenoj populaciji, u čemu značajnu ulogu imaju informacione tehnologije (IT). Zdravstvena zaštita i dobro zdravlje, traže stalno obezbjeđenje i unapređivanje kvaliteta, te bezbjednosti za pacijenta. Unaprjeđenje kvaliteta i bezbjednost primijenjenih tehnologija i zdravstvenih intervencija postaje ključno pitanje u velikom broju zemalja u svijetu, a samim time i u Crnoj Gori.

Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite je kontinuiran proces sa ciljem dostizanja višeg nivoa efikasnosti, kao i većeg zadovoljstva korisnika i pružaoca zdravstvenih usluga i dio je svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu.

Strateška orijentacija u uspostavljanju sistema kvaliteta u zdravstvu se, osim orijentisanosti prema pacijentu (holistički pristup), usmjerava i na njihovu bezbjednost. Potrebno je zdravstveni sistema učiniti što je moguće sigurnijim, kako za pacijenta tako i za one koji pružaju zdravstvenu zaštitu.

Za definisanje i usvajanje nacionalne politike kvaliteta zdravstvene zaštite, neophodna je čvrsta saradnja između svih učesnika, kako bi se kroz toleranciju i međusobno razumijevanje stvorilo povoljno okruženje na dobrobit cijelog sistema.

Politika u oblasti kvaliteta i bezbjednosti zdravstvene zaštite prati savremene trendove u ovoj oblasti, ali mora da uvaži nacionalne prioritete i uslove u kojima treba da se primjenjuje. Jačanje kapaciteta u razvoju i implementaciji strateških ciljeva u oblasti kvaliteta, predstavlja integralni dio procesa reforme zdravstvenog sistema i u skladu je sa strateškim pristupima evropskih zemalja i principima kvaliteta zdravstvene zaštite u EU.

Od zdravstvenih radnika se očekuje najviši kvalitet zdravstvenih usluga na svim nivoima sistema, odgovarajuća komunikacija, partnerski odnos i timski rad - sve u cilju poboljšanja zdravlja i adekvatnog liječenja zdravstvenih problema primjenom najbolje stručne prakse i uz najmanji mogući rizik za pacijenta. U povećanju kvaliteta značajnu ulogu ima kontinuirana medicinska edukacija i stalno usavršavanje stručnih znanja i vještina.

Sigurna i visokokvalitetna zdravstvena zaštita treba da postane prioritet svake zdravstvene ustanove i pojedinaca koji sprovode zdravstvenu zaštitu. Svi zaposleni u zdravstvu treba da razviju novi pristup kvalitetu, smanjuju razlike u sprovođenju zdravstvenih postupaka, kao i unapređuju i šire principe najbolje stručne prakse. Način razmišljanja menadžmenta utiče na ponašanje i rad zaposlenih, a odgovornost za uvođenje metoda i sredstava kvaliteta i zaštite treba biti uključena u njihov svakodnevni rad.

Za sve pružaoce zdravstvene zaštite treba zahtijevati uvođenje i korišćenje nacionalnih i međunarodnih kliničkih smjernica, formiranje i korišćenje kliničkih puteva, standarda, protokola, algoritama, uputstava i pravila struke, koji su zasnovani na naučnim dokazima. Značajno je obezbijediti i mjerenje pokazatelja kvaliteta kroz uspostavljanje sistema monitoringa i evaluacije. Praćenje primjene kliničkih smjernica, algoritama i protokola sastavni je dio akreditacije, drugog ključnog instrumenta unapređenja i ujednačavanja kvaliteta zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata, sa ciljem provjere usklađenosti s akreditacijskim standardima. Na pokazateljima efikasnosti i kvaliteta potrebno je zasnivati i proces ugovaranja zdravstvene zaštite, za što je neophodno definisanje i praćenje osnovnih pokazatelja kvaliteta, kao i uspostavljanje odgovarajuće organizacione i IT podrške.

Kod uvođenja naprednih zdravstvenih tehnologija, novih lijekova i procedura, neophodna je primjena metodologije procjene zdravstvenih tehnologija, koju sprovodi Ministarstvo zdravlja.

Osnovni ciljevi unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata su:

- Postizanje visokog stepena kvaliteta zdravstvenih usluga;
- Visoka bezbjednost zdravstvene zaštite i minimalni rizik za pacijente;
- Veće zadovoljstvo pacijenata;
- Poboljšanje zdravstvenih ishoda i efikasno korišćenje resursa.

Visoki stepen kvaliteta zdravstvenih usluga je bitan faktor za poboljšanje zdravlja stanovništva i postizanje veće efikasnosti zdravstvenog sistema, a ujedno i racionalno trošenje finansijskih sredstava.

Prioritet 1: uvođenje i procjena zdravstvenih tehnologija zbog sve većeg napretka u istraživanjima koja nude nove tehnologije u medicini, a za koje je potrebno primjenom principa medicine zasnovane na dokazima (EBM-Evidence based medicine) objektivno procijeniti u kojoj mjeri svaka pojedina metoda doprinosi dobrobiti za zdravlje pacijenata u odnosu na postojeće metode, uključujući: kliničku efikasnost i djelotvornost, bezbjednost, ekonomičnost, organizacione implikacije, pravna i etička pitanja i socijalne posljedice.

Prioritet 2: Uspostavljanje internacionalno priznatog postupka akreditacije u zdravstvu po svim nivoima zdravstvene zaštite. Akreditacija je dobrovoljna, a svrha joj je regulisanje svih aktivnosti koje osiguravaju trajno poboljšanje kvaliteta i bezbjednosti na osnovu internacionalno priznatih programa. Model akreditacije treba da slijedi klinički pristup kvalitetu i upravljanje kvalitetom (poštovanje standarda za akreditaciju).

Prioritet 3: jačanje kapaciteta za upravljanje kvalitetom kroz kontinuiranu edukaciju osoblja za područje kvaliteta, počev od implementacije sistema kvaliteta, upravljanja kvalitetom, do supervizije i poboljšanja kvaliteta za sve zaposlene u zdravstvenom sektoru.

Prioritet 4: Sistematsko mjerenje poboljšanja kvaliteta i bezbjednosti putem monitoringa bezbjednosti kroz prikupljanje, analize i praćenje podataka koji su sadržani u programu i sistemu za obezbjeđenje kvaliteta (set obaveznih standarda i indikatora, kliničke smjernice i protokoli). Ocjena u kojoj mjeri se primjenjuju i poštuju smjernice i protokoli, principi dobre stručne prakse, sprovodiće se na osnovu prikupljenih podataka o indikatorima kvaliteta.

Bezbjednost zdravstvene zaštite uz minimalni rizik za pacijente je osnovna pretpostavka za obavljanje zdravstvene djelatnosti i povjerenje u zdravstveni sistem.

Prioritet 1: uspostaviti sistem prijave neželjenih događaja i registar neželjenih događaja, internu kontrolu i evaluaciju primjene definisanih elemenata sistema kvaliteta (obavezni standardi i indikatori), stalni monitoring i provjera mjera prevencije i promocije kulture kvaliteta.

Zadovoljstvo pacijenata i zdravstvenih radnika su osnovni cilj svakog dobro organizovanog zdravstvenog sistema i predstavljaju osnovu za usmjeravanje zdravstvene politike.

Prioritet 1: ispitivanje i verifikacija zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom na svim nivoima i svim segmentima u zdravstvenom sistemu, kao i javnosti kroz elemente: osnaživanje pacijenata, informisanje i poštovanje njihovih preferencija, brzi i efikasan odgovor na njihove potrebe i želje, poštovanje i podrška dobro koordinisane njega.

Prioritet 2: Istraživanje i verifikacija pružaoca zdravstvenih usluga na osnovu sprovedenih godišnjih anketa o zadovoljstvu svojim učešćem u sistemu obezbjeđenja i unaprjeđenja kvaliteta.

Prioritet 3: sprovesti politiku obavještanja javnosti o aktivnostima na području kvaliteta, naročito o postignutim rezultatima na poboljšanju bezbjednosti i sigurnoj primjeni novih zdravstvenih tehnologija u dijagnostici i liječenju.

Poboljšanje zdravstvenih ishoda treba da omoguće građanima da dobiju zdravstvenu zaštitu koja je zasnovana na naučnim dokazima, najboljoj praksi i usaglašena sa standardima, a time se ostvaruje i **efikasno korišćenje resursa**.

Prioritet 1: uvođenje nacionalni smjernica dobre kliničke prakse i kliničkih puteva i puteva obrade bolesnika u bolnicama.

6. LIJEKOVI I MEDICINSKA SREDSTVA

Ljekovi su vrlo važan segment zdravstvenog sistema, ne samo radi liječenja bolesti već i zbog visoke potrošnje raspoloživih sredstava u zdravstvu na lijekove.

Ljekovi su posljednjih decenija imali značajnu ulogu u smanjenju mortaliteta i morbiditeta. Racionalna upotreba lijekova predviđa da pacijenti dobijaju lijekove koji su odgovarajući za njihova klinička stanja, u dozama koje su prilagođene njihovim individualnim potrebama, tokom adekvatnog vremenskog perioda i po najnižoj cijeni za njih i njihov socijalni status.

Unapređenje ovako definisane upotrebe lijekova od strane zdravstvenih radnika, ali i u opštoj javnosti je od ključnog značaja za smanjenje kako morbiditeta i mortaliteta populacije, tako i troškova koje zdravstveni sistem izdvaja za lijekove, na svim nivoima zdravstvene zaštite. Neracionalna potrošnja u ekonomskom smislu vodi ka velikim gubicima resursa i nedostupnosti esencijalnih lijekova.

Neracionalna potrošnja lijekova može imati razne oblike kao što su:

- uzimanje više lijekova (polifarmacija),
- prekomjerna upotreba antibiotika i injekcione terapije,
- propusti da se lijekovi propišu u skladu sa kliničkim smjernicama,
- neadekvatno samoliječenje i dr.

Obezbjedivanje racionalne upotrebe lijekova sprovodi se kroz sistem zdravstvene zaštite u kojem su glavni akteri ljekari kao propisivači lijekova, farmaceuti koji izdaju lijek i pružaju informaciju o njemu kao i sami pacijenti.

Različite analize pokazuju da je odnos ljekara prema propisivanju ključno pitanje za efikasnu, ali i racionalnu farmakoterapiju. Činjenice pokazuju da odnos ljekara prema izboru lijeka nije ekonomski determinisan.

U vođenju farmaceutske politike u Crnoj Gori, neophodno je uticati na racionalnu potrošnju lijekova i zahtijevati od ljekara da vode računa o finansijskom aspektu liječenja, propisujući jeftinije alternativne lijekove i time implementirati politiku uticaja na propisivačke navike ljekara. Analize propisivanja treba koristiti u procesu nadzora i savjetovanja. Ograničavanje budžeta je legitimna smjernica, ali uz prethodnu edukaciju ljekara i pacijenata, kao i dostupnost i opštu prihvatljivost terapijskih smjernica. Svaki ljekar pri pojedinačnim odlukama u propisivanju recepata treba biti svjestan farmakoekonomske evaluacije.

Farmaceuti moraju imati aktivnu ulogu u očuvanju zdravlja i prevenciji bolesti stanovništva. Saradnja između zdravstvenih radnika (doktori-farmaceuti) u cilju pružanja kvalitetne usluge pacijentima mora biti usmjerena na obezbjeđivanje primjene pravog lijeka, u pravo vrijeme, u pravoj dozi, za odgovarajuću indikaciju i na pravi način. Da bi se lijekovi upotrebljavali na najefikasniji i najsigurniji način potrebno je, prije svega, osigurati da doktori medicine i farmaceuti, ali i pacijenti (korisnici) imaju nepristrasne informacije o lijekovima i njihovoj primjeni. Farmaceuti i doktori medicine, moraju imati pristup relevantnim informacijama i obezbjeđenu edukaciju o lijekovima i njihovoj primjeni.

Na ekonomskom polju nadzor nad potrošnjom lijekova sprovodi se i kao nadzor same cijene lijekova. Kreatori politika u zdravstvu moraju pronaći način da uravnoteže troškove nabavke

ljekova (proizvodjači, veleprodaja, apoteke) i troškove potreba (propisivači, pacijenti). U tom cilju primjenjuju se različite metodologije: međunarodna poređenja, referentne cijene, ograničenja potrošnje, sporazumi o vraćanju prekoračenja profita, farmakoekonomske analize, generička politika, marže u lancu distribucije, participacija troškova i drugi alati za kontrolu troškova.

Neophodne su mjere za smanjenje različitih uticaja na propisivanje, kroz podsticanje generičkog propisivanja lijekova, što doprinosi racionalnoj upotrebi lijekova i smanjenju troškova liječenja, kao i povećanje nivoa usklađenosti lijekova, odnosno stepena saradnje pacijenata. Za poboljšanje saradnje ključan je odnos ljekara i pacijenta, nivo komunikacije i povjerenja.

Nadzor nad oglašavanjem lijekova i usklađivanje mogućnosti reklamiranja sa zdravstvenom politikom i regulatornim standardima podrazumijeva da promotivne aktivnosti proizvođača i informacije o lijekovima, koje plasiraju na tržište, moraju biti zasnovane na dokazima, izbalansirane i plasirane u skladu sa postojećom regulativom, pri čemu je za edukaciju veoma važna saradnja akademske medicine i farmacije sa proizvođačima lijekova. Jedan od najvećih etičkih izazova sa kojima se suočavaju zdravstveni profesionalci je uticaj promocije lijekova od strane industrije na profesionalnu praksu. Interakcija između farmaceutske industrije i zdravstvenih profesionalaca je kompleksna i potrebno je njeno uređivanje, uz razvoj strategija za poboljšanje propisivanja i izdavanja lijekova, podizanje svjesnosti o sopstvenoj podložnosti uticajima, izbjegavanje konflikta interesa i podizanje transparentnosti.

Nadzor nad izdavanjem lijekova bez recepta podrazumijeva suzbijanje loše prakse dostupnosti onih lijekova koji imaju režim izdavanja na recept, u slobodnoj prodaji odnosno bez recepta/izvještaja ljekara, jer ovakva praksa osim što doprinosi povećanju interakcija i neželjenih dejstava među lijekovima, rezistencije na lijekove, utiče na ispravno postavljanje dijagnoze i liječenje.

Na nacionalnom nivou potrebno je razvijanje kliničkih smjernica, odnosno sistematično pripremljenih stručnih algoritama koji pomažu doktorima medicine u odlukama o najboljem liječenju za specifičnu kliničku situaciju. Navedene preporuke moraju biti zasnovane na validnim kliničkim dokazima (medicina zasnovana na dokazima) u koje su uključene i farmakoekonomske analize. Medicina zasnovana na činjenicama trebalo bi da omogući ljekaru dobijanje potrebnih informacija o svim kliničkim promjenama zasnovanim na novim istraživanjima. Potrebna je revizija stavova o farmakoterapiji, koji će se kreirati jednako na bazi dokaza o efikasnosti i isplativosti.

Utvrđivanje liste esencijalnih lijekova koji treba da zadovolje potrebe najvećeg broja stanovnika u liječenju većine bolesti i stanja koja se javljaju u zemlji, odnosno selekcija esencijalnih lijekova, je najvažniji dio politike lijekova. Kao važan korak u obezbjeđivanju dostupnosti lijekova i osiguravanje racionalne farmakoterapije u dovoljnim količinama i odgovarajućim oblicima, lista lijekova mora po cijeni biti dostupna za društvo i pojedinca. Nepriistrasan i transparentan proces selekcije lijekova prilikom formiranja lista lijekova, uz unaprijed definisane kriterijume, je od ključne važnosti.

Razvoj ljudskih resursa uključuje odgovarajuće zdravstvene, obrazovne i ekonomske politike i strategije sa kojima će se obezbijediti dovoljan broj obučenog i motivisanog stručnog kadra koji će biti u stanju da implementira politiku lijekova. Kontinuirana edukacija zdravstvenih

radnika podstiče racionalno, efektivno i najekonomičnije liječenje, i obezbjeđuje optimalno korišćenje raspoloživih resursa. Stručni kadrovi su izuzetno važan dio politike lijekova.

Evaluacijom, supervizijom i povratnim informacijama, kao skupom periodičnih i ciljanih aktivnosti kojima se procjenjuje efekat politike lijekova, stvaraju se standardi za poređenja na nivou države ali i međuregionalno, sa drugim zemljama i u vremenskim periodima, a sve zajedno donosi neophodni dokaz o napretku. Potrebno je utvrditi set indikatora za praćenje potrošnje lijekova na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Donošenje odgovarajuće regulative u farmaceutskoj politici, kroz preuzimanje međunarodnih preporuka, evropskih standarda i direktiva u oblasti kvaliteta, bezbjednosti, efikasnosti i racionalne upotrebe lijekova je od suštinske važnosti.

Procjena zdravstvenih tehnologija (HTA) je veoma važno sredstvo za podršku odlučivanju o naknadi cijene lijekova i medicinskih sredstava. Potrebno je razmotriti prilagođavanje izvještaja koji su dobijeni u drugim zemljama i izvještaja dostavljenih od strane farmaceutskih kompanija, za šta je u Crnoj Gori neophodno graditi tehničke kapacitete. HTA procesi treba da budu transparentni i dostupni javnosti kada se donose praktične procjene i odluke, a Crna Gora treba da saraduje prije svega sa državama u regionu u cilju unapređenja razmjene podataka i zajedničkih zahtjeva za razvoj zdravstvenih tehnologija.

Osnovni cilj u oblasti lijekova i medicinskih sredstava:

- unapređenje farmaceutske politike,
- racionalizacija potrošnje lijekova.

Unapređenjem farmaceutske politike očekuje se obezbjeđivanje lijekova i medicinskih sredstava prema principima dostupnosti, što znači u odnosu na klinička stanja, u dozama koje su prilagođene njihovim individualnim potrebama, tokom adekvatnog vremenskog perioda i po najnižoj cijeni za njih i njihov socijalni status.

Prioritet 1: Neophodno je hitno usvajanje Uredbe o maksimalnim cijenama lijekova u Crnoj Gori odnosno Pravilnika o kriterijumima o stavljanju lijekova na listu lijekova. Primjenom ovih mjera ograničiće se cijene lijekova i onemogućiti povećanje cijena iznad zakonom propisanih.

Prioritet 2: Periodične korekcije postojeće, odnosno izrada nove liste lijekova sa jasno preciziranim kriterijumima i ograničenjima za svaki lijek u skladu sa međunarodnim farmakoterapijskim i farmakoekonomskim smjernicama, a primjereno ekonomskoj moći Crne Gore.

Prioritet 3: Prioritetna registracija novih generika u što kraćem vremenskom periodu, kao lijekova od posebnog strateškog značaja za nacionalnu politiku lijekova u Crnoj Gori.

Prioritet 4: Formiranje komisije za inovativne, skupe lijekove pri Ministarstvu zdravlja Crne Gore koju bi činili nezavisni eksperti radi objektivne procjene da li pacijenti predloženi od strane Konzilijuma ispunjavaju kriterijume navedene u listi lijekova, a lijekovi van liste koriste kao zadnja i jedino moguća farmakoterapijski i farmakoekonomski opravdana alternativa.

Prioritet 5: Redovne farmakoepidemiološke i farmakoekonomske analize radi dobijanja objektivnih informacija za donosiocje odluka u politici lijekova.

Racionalizacija potrošnje lijekova je jedan od ključnih segmenata u finansijskoj održivosti zdravstvenog sistema, a racionalnom upotrebom lijekova se utiče kako na unapređenje zdravlja i kvaliteta tako i na racionalnu potrošnju sredstava za zdravstvenu zaštitu.

Prioritet 1: Edukacija lekara iz oblasti regulative odnosno zakonodavstva i farmakoekonomije i svih drugih odredaba kojima se precizira odgovornost za nepoštovanje ili nepridržavanje kriterijuma i ograničenja iz Liste lijekova.

Prioritet 2: Formiranje posebnog fonda za lijekove koji su skupi, za rijetke bolesti i lijek izbora za pacijenta.

Prioritet 3: Praćenje neželjenog dejstva lijeka.

Prioritet 4: Smanjenje potrošnje lijekova kroz aktivnosti svih učesnika u zdravstvenom sistemu (propisivači, farmaceuti, CALIMS).

7. FINANSIRANJE U SISTEMU ZDRAVSTVA

Obavezno zdravstveno osiguranje se finansira iz doprinosa kao izvornih prihoda, koje uplaćuju poslodavci (stopa doprinosa iznosila je za 2014. godinu 12,3%), Fond PIO za penzionere u niskom procentu (1% na neto penzije), Zavod za zapošljavanje za lica koja primaju naknadu, samozaposleni, poljoprivrednici, lica koja se lično osiguravaju i dr. Nedostajuća sredstva obezbjeđuje Budžet iz opštih prihoda do visine utvrđenog budžeta. Dostupni podaci o doprinosima ukazuju da je Crna Gora u grupi država sa prosječnom stopom doprinosa za zdravstveno osiguranje u okviru posmatranih evropskih država.

Za određene kategorije za koje država treba da obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu iz posebnih sredstava za te namjene, izvan sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, troškovi zdravstvene zaštite se takođe finansiraju iz sredstava koja su opredijeljena Fondu (nezaposlena lica, lica na izdržavanju kazne zatvora, stranci koji nijesu zdravstveno osigurani, azilanti, neosigurana lica i sl.). Na osnovu Zakona o budžetu, državni fondovi su od 01. januara 2010. uključeni u konsolidovani račun Državnog Trezora, čime je promijenjen način funkcionisanja Fonda i finansiranja sistema zdravstva.

Javne zdravstvene ustanove nijesu uključene u Konsolidovani račun Trezora, ali su u obavezi da dostave izvještaje o prihodima i rashodima Fonda, koje Fond dostavlja Ministarstvu finansija i koji su sastavni dio Završnog računa budžeta države. Prihode koje ostvaruju od obavljanja sopstvene djelatnosti mogu koristiti za finansiranje tekućih i kapitalnih izdataka u okviru godišnjeg finansijskog plana.

Metod plaćanja zdravstvenih ustanova ima oblik budžetskog finansiranja po stavkama. Fond, na osnovu Odluke o rasporedu sredstava Fonda za tekuću godinu, opredjeljuje sredstva zdravstvenim ustanovama namjenski za zarade, materijalne troškove, lijekove i medicinska sredstva, kapitalne izdatke i dr. Zdravstvene ustanove unaprijed znaju mjesečni iznos sredstava koje će im Fond prenijeti i vrše plaćanje u okviru raspoloživih finansijskih sredstava, a zbog nedostajućih sredstava za pokriće svih potreba, iskazuju neizmirene obaveze.

U Crnoj Gori nema posebne stope doprinosa za povrede na radu i profesionalne bolesti kao što je slučaj u nekim zemljama Evrope gdje poslodavci plaćaju posebne stope doprinosa za osiguranje zaposlenih od povreda na radu i profesionalnih bolesti. Iz tih prihoda finansira se zdravstvena zaštita lica koja se povrijede ili obole od profesionalne bolesti. Ova vrsta prihoda je različita i zavisi od iznosa izdataka za rizike. Primjena gore navedene stope doprinosa predstavlja jedan od potencijalnih izvora dodatnih sredstava.

Podjela prihoda korisnicima javnih prihoda vrši se po ključu, a ne po korisnicima kojima su namjenjeni. Iako je Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje propisana stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje na neto penzije u visini od 1,0 %, iz navedenih podataka o prihodima proizilazi da se ne vrši obračun i uplata doprinosa na neto penzije.

Rashodi Fonda za zdravstveno osiguranje

Fond ima zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga sa većinom javnih zdravstvenih ustanova i vrši plaćanje pruženih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem na osnovu cijena utvrđenih cjenovnicima zdravstvenih usluga Fonda.

Kod određenog broja javnih zdravstvenih ustanova fakturama za pružene usluge se ne mogu pravdati sredstva koja im u skladu sa ugovorom i budžetom, opredijeli Fond, pa su iskazane preplate u bilansu.

Prema stvarnoj vrijednosti pruženih usluga plaćaju se usluge liječenja u zdravstvenim ustanovama u Srbiji i drugim klinikama u inostranstvu, usluge rehabilitacije pružene u Institutu Igalo, usluge pružene u privatnim zdravstvenim ustanovama sa kojima Fond ima zaključene ugovore, lijekovi izdati na recept preko apoteka obuhvaćenih Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova, stomatološke usluge.

Kretanje budžeta i ostvarenih rashoda Fonda za period 2009 - 2014. god.

Godina	Budžet	Rashodi	Razlika	
			Iznos	%
2010	169.319.173,58	183.553.528,37	14.234.354,79	8,41
2011	163.679.832,13	176.347.620,96	12.667.788,83	7,74
2012	167.761.787,45	179.988.776,82	12.226.989,37	7,29
2013	163.251.968,60	175.850.671,60	12.598.703,00	7,72
2014	165.954.621,77	179.948.562,59	13.993.940,82	8,43

Napomena: Podaci su prikazani bez Instituta za javno zdravlje, a za 2014.god. su dati podaci o rashodima prije konačnog obračuna sa zdravstvenim ustanovama.

Iz prikazanih podataka se vidi da je nivo ostvarenih rashoda u svakoj godini pojedinačno značajno veći od projektovanih budžetskih sredstava, što iziskuje detaljnu analizu troškova i načina raspodjele sredstava.

Ukupno ostvareni rashodi Fonda za zdravstvenu zaštitu u 2012. godini iznosili su 166,067 miliona eura, a u 2013. godini 164,16 miliona eura.

Rashodi Fonda i struktura rashoda po nivoima zdravstvene zaštite

R.br.	OPIS	2012	2013
Rashodi za zdravstvenu zaštitu		166.067.241,01	164.155.782,00
Rashodi po nivoima zdravstvene zaštite		151.092.376,62	147.603.566,34
I	Primarna zaštita	61.479.115,24	62.099.936,51
II	Sekundarna zaštita	72.017.397,72	68.732.224,82
III	Tercijarna zaštita	17.595,863,66	16.771.405,01
Ostala prava iz zdravstvene zaštite		14.974.864,39	16.552.215,66

Izvor: Izvještaj o poslovanju Fonda za 2013. godinu (podaci za 2014 još uvijek nijesu dostupni)

Napomena: Ostvareni rashodi na bolničkom nivou (sekundarni i tercijarni nivo) podijeljeni su na osnovu procjene koja je korišćena u ranijem periodu (80%:20%)

Zakonom o Budžetu Crne Gore za 2014. godinu Fondu za zdravstveno osiguranje opredijeljena su sredstva za 2014. godinu u iznosu od **168.434.987,91 €** za tri programa: Program - Fond za zdravstveno osiguranje, Program - Zdravstvene institucije i Institut za javno zdravlje.

Program: Fond za zdravstveno osiguranje

Sredstva opredijeljena Zakonom o Budžetu Crne Gore za 2014. godinu Fondu za zdravstveno osiguranje - Program: Fond za zdravstveno osiguranje iznose 25.084.098,41 € i raspoređena su po vrstama i ekonomskoj klasifikaciji.

Od ukupnih sredstava u okviru ovog programa 21,5 mil. € ili oko 86 % se odnosi na izdatke za ostala prava iz oblasti zdravstvene zaštite i ostala prava iz zdravstvenog osiguranja dok se 3,6 mil.€ ili oko 14 % odnosi na bruto zarade i druge izdatke Fonda u okviru ovog programa.

Za ostala prava iz zdravstvene zaštite sredstva su planirana u iznosu od 14,5 mil. € i odnose se na liječenje van Crne Gore koje obuhvata: ambulantno i stacionarno liječenje u inostranstvu (Srbija i druge inostrane klinike) kao i druga liječenja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori koje nijesu u sistemu javnog zdravstva kao što su Opšta bolnica "Meljine", Institut Igalo, liječenje u privatnim zdravstvenim ustanovama sa kojima je Fond zaključio ugovor, ustanovama socijalne zaštite, kao i vantjelesna oplodnja i zdravstvena zaštita po konvencijama i dr. Planirana sredstva nisu dovoljna za pokriće svih izdataka zbog porasta troškova za liječenje u inostranstvu i van sistema Fonda, što za posljedicu ima porast neizmirenih obaveza na kraju 2014. godine.

Troškovi liječenja van Crne Gore

Ukupni troškovi liječenja u inostranstvu u 2014. godini su na približno istom nivou kao u 2013. god., s tim što su troškovi liječenja u zdravstvenim ustanovama u Srbiji niži za 0,67 mil. Troškovi liječenja u drugim državama u inostranstvu su veći za 0,79 mil.€.

Broj upućenih osiguranika i troškovi liječenja van Crne Gore za period 2010-2014. god.

OPIS		GODINA				
		2010	2011	2012	2013	2014
LIJEČENJE U SRBIJI	Ukupno upućenih	6.369	5.893	5.555	5.674	5.865
	Troškovi za liječenje	6.988.045,57	6.311.444,53	6.162.555,72	5.967.708,64	5.341.263,63
	Putni troškovi	1.000.725,98	887.259,55	773.337,00	755.595,83	710.626,73
	Ukupno iznos	7.988.771,55	7.198.704,08	6.935.892,72	6.723.304,47	6.051.890,36
LIJEČENJE U INOSTRAN STVU BEZ SRBIJE	Ukupno upućenih	86	84	111	239	335
	Troškovi za liječenje	954.440,34	949.544,00	1.258.328,46	2.301.792,73	2.973.603,10
	Putni troškovi i dnevni	203.145,69	180.516,39	165.957,42	173.990,99	287.588,69
	Ukupno iznos	1.157.586,03	1.130.060,39	1.424.285,88	2.475.783,72	3.261.191,79
LIJEČENJE U INOSTRAN STVU	Ukupno upućenih	6.455	5.977	5.666	5.913	6.200
	Troškovi za liječenje	7.942.485,91	7.260.988,53	7.420.884,18	8.269.501,37	8.314.866,73
	Putni troškovi i dnevni	1.203.871,67	1.067.775,94	939.294,42	929.586,82	998.215,42
	Ukupno iznos	9.146.357,58	8.328.764,47	8.360.178,60	9.199.088,19	9.313.082,15

Troškovi liječenja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori van sistema javnog zdravstva

Na osnovu ugovora sa 15 privatnih zdravstvenih ustanova koje su pružale usluge u 2014. godini, iznos ispostavljenih faktura je 1.800.215,98 €. Po zaključenom ugovoru sa Fondom, Opšta bolnica Meljine, koja je sastavni dio Mreže zdravstvenih ustanova, u 2014.god iznos ispostavljenih faktura je 2.5590.321,01 €.

Broj upućenih na liječenje i rehabilitaciju osiguranika Fonda u OB Meljine i iznosi ispostavljenih faktura

R.br.	Godina	Broj upućenih na HBO tretman	Iznos
1	2010	684	1.777.671,81
2	2011	877	2.624.651,48
3	2012	1.006	2.395.604,01
4	2013	1.186	2.561.257,21
5	2014	1.403	2.559.321,01

Fond za zdravstveno osiguranje ima zaključen ugovor sa Institutom „Dr Simo Milošević“ Igalo, za pružane usluga specijalizovane medicinske rehabilitacije a iznos ispostavljenih faktura je 2.812.8625,94 €.

Broj upućenih i finansijska sredstva za rehabilitaciju osiguranika Fonda u Institutu „Dr Simo Milošević“ Igalo

R.br.	Godina	Broj upućenih	Iznos
1	2010	3.578	2.724.810,49
2	2011	3.604	2.685.548,57
3	2012	3.677	2.953.804,54
4	2013	3.831	2.908.410,51
5	2014	3.806	2.812.962,94

Ugovorom između Fonda i JU Resursni centar za školovanje i rehabilitaciju lica sa poremećajima sluha i govora Kotor za troškovi zdravstvene zaštite po ovom osnovu za 2014. godinu iznose 232.949,16 €. Troškovi refundacija za lijekove, liječenje, IVF iznose oko 813.500,00 €.

Pravo na medicinsko-tehnička pomagala (ortopedska, slušna, očna, tiflotehnička i ostala pomagala)

Jedno od osnovnih prava iz zdravstvene zaštite je i pravo na medicinsko-tehnička pomagala. Troškovi medicinsko-tehničkih pomagala su povećani u odnosu na raniji period i za 2014.godinu iznose oko 1,8 mil. €.

Pravo na naknadu za bolovanje preko 60 dana je imalo trošak za 2014. god. u iznosu od oko 5,18 mil. €, a **putni troškovi** za 2014. godinu iznose 3,375 mil. €.

Na osnovu navedenih i dostupnih podataka, evidentni su troškovi za zdravstvenu zaštitu koji premašuju budžetom opredijeljena sredstva, pa je neophodno preduzimanje čitavog niza mjera sa ciljem racionalne raspodjele sredstava uz podsticanje kvaliteta i efikasnijeg funkcionisanja zdravstvenog sistema.

Shodno tome, osnovni ciljevi u sistemu finansiranja su:

-racionalna raspodjela sredstava za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

- primjena modela plaćanja prema rezultatima rada i ishodima liječenja;
- efikasnije prikupljanje sredstava za zdravstvenu zaštitu.

Racionalna raspodjela sredstava za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva usmjeravanje sredstava prema nivoima zdravstvene zaštite i ka razvijanju kapaciteta javnog sektora (tehnološki razvoj i razvoj kadrovskih kapaciteta). Težnja je da se obezbijedi zadovoljenje potreba za zdravstvenom zaštitom, prvenstveno u javnom sektoru i u Crnoj Gori.

Prioritet 1: smanjiti troškove za liječenje u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore kao i troškove liječenja van javnih zdravstvenih ustanova.

Prioritet 2: smanjiti troškove za privremenu spriječenost za rad (bolovanja).

Prioritet 3: smanjiti sredstva za nadoknadu putnih troškova u Crnoj Gori i van.

Prioritet 4: utvrditi kriterijume za plansko uvođenje javno-privatne saradnje uz stroge regulative i nadzor nad vrstom i kvalitetom usluga koje se ugovaraju.

Modeli plaćanja prema rezultatima rada i ishodima liječenja doprinose racionalnoj i kontrolisanoj raspodjeli sredstava za zdravstvenu zaštitu.

Prioritet 1: uvođenje programskog plaćanja.

Prioritet 2: plaćanje primarne zdravstvene zaštite na osnovu učinka.

Prioritet 3: Nastavak aktivnosti na plaćanju akutnog bolničkog liječenja prema dijagnostički srodnim grupama (uvođenje DRG modela plaćanja).

Prioritet 4: planirati sredstva za finansiranje javnog zdravlja (programske aktivnosti).

Prioritet 5: Preći na ugovorni princip sa zdravstvenim ustanovama (ugovaranje zdravstvene zaštite u skladu sa programom zdravstvene zaštite u Crnoj Gori) uz aktivnu ulogu Fonda u kontroli realizacije ugovora.

Prioritet 6: Primjena metodologije nacionalnih zdravstvenih računa (NZR) za monitoring i evaluaciju potrošnje u sektoru zdravstva.

Prikupljanje sredstava za zdravstvenu zaštitu treba da bude organizovano na proaktivan i kontinuiran način, koji podrazumijeva potpuno angažovanje Fonda za zdravstveno osiguranje.

Prioritet 1: povećati naplativnost doprinosa za zdravstvenu zaštitu od obveznika uplate doprinosa.

Prioritet 2: planirati sredstva u budžetu države na osnovu dodatnog oporezivanje na proizvode koji negativno utiču na zdravlje (alkohol, duvan, proizvodi sa puno šećera, gazirani proizvodi...).

Prioritet 3: Uvođenje sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja radi oobezbjeđivanja dodatnih sredstava za finansiranje sistema zdravstvene zaštite.

8. SARADNJA SA DRUGIM SEKTORIMA I DRUŠTVOM U CJELINI

Nova evropska zdravstvena strategija „Zdravlje 2020“ potencira značaj partnerstva, zajedničke saradnje i uključivanja svih u zdravstvu i društvu u postizanju ključnih ciljeva: unapređenje zdravlja i blagostanja, smanjivanje nejednakosti u zdravlju i obezbjeđivanje zdravstvenih sistema koji su održivi i okrenuti građanima.

Pristup „zdravlje u svim politikama“ je važan prioritet u strateškom razvoju, na šta se obavezala i Crna Gora u okviru članstva Zdravstvene mreže zemalja jugo-istočne Evrope (Banjalučka Povelja, 2011.), a mogućnosti saradnje su izuzetno široke i brojne. Može se reći da ne postoji sektor koji direktno ili indirektno svojim djelovanjem nema uticaj na zdravlje.

Osnovni ciljevi uspostavljanja saradnje sa drugim sektorima i društvom u cjelini, sa tendencijom unapređenja zdravlja i sprječavanja bolesti su:

- sprovođenje koncepta „zdravlje u svim politikama“,
- jačanje komunikacije u vanrednim situacijama.

„Zdravlje u svim politikama“ je koncept kojeg trebaju biti svjesni svi sektori u djelovanju na unapređenje zdravlja i sprječavanje bolesti, a Ministarstvo zdravlja mora podsticati ili koordinirati takva djelovanja u tim sektorima.

Jedinice lokalne samouprave imaju važnu ulogu i velike mogućnosti u zaštiti i unapređenju zdravlja stanovništva. Međusobna saradnja i povezivanje jedinica lokalne samouprave mogu doprinijeti jačanju njihovih sposobnosti da ostvaruju svoja zakonom određena prava, obaveze, zadatke i ciljeve na području zdravstvene zaštite.

Sa mnogim organizacijama civilnog društva (NVO i profesionalna udruženja, sindikat) već postoji saradnja Ministarstva zdravlja, kroz njihovo učešće u pripremi raznih propisa i akata u sektoru zdravstva, posebno u području zaštite prava pacijenata, promociji zdravlja, prevenciji bolesti i povreda.

Prioritet 1: jačanje kapaciteta Ministarstva zdravlja u zalaganju za zdravlje odnosno postavljanje zdravlja kao prioriteta na vladinoj i društvenoj agendi.

Prioritet 2: implementacija resornih akcionih planova, koji imaju multisektorski pristup (npr. hronične nezarazne bolesti, osobe sa invaliditetom).

Prioritet 3: uključivanje lokalne samouprave na smanjenju uticaja faktora rizika za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti.

Prioritet 4: podizanje svijesti građana za brigu o sopstvenom zdravlju u saradnji sa civilnim društvom i medijima.

Jačanje komunikacije u vanrednim situacijama (prirodne katastrofe, epidemije, pandemije), kada je zdravlje stanovništva posebno ugroženo, potrebno je multisektorski djelovati na organizovan način.

Prioritet 1: izrada/ažuriranje planova komunikacija u vanrednim situacijama.

6. MONITORING, EVALUACIJA I IZVJEŠTAVANJE O SPROVOĐENJU MASTER PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVA

Nakon usvajanja Master plana, njegovo sprovođenje je u nadležnosti Ministarstva zdravlja u saradnji sa svim učesnicima u zdravstvenom sistemu, kao i sa drugim sektorima i društvom u cjelini.

Monitoring sprovođenja prioriteta iz Master plana, obavlja Ministarstvo zdravlja i Institut za javno zdravlje i ostale institucije odgovorne za sprovođenje aktivnosti plana.

Evaluacija sprovođenja Master plana obavlja se u svakoj fazi procesa. Za evaluaciju se koriste standardizovani zdravstveni pokazatelji.

Godišnje izveštavanje je obavezno i sadži rezultate sprovedenih aktivnosti, teškoće i probleme u realizaciji plana, kao i predloge mjera za rešavanje novonastalih problema.