



Crna Gora
Ministartstvo zdravlja

OCJENA INTEGRITETA ZDRAVSTVENOG SISTEMA U CRNOJ GORI

SADRŽAJ

1. UVODNE INFORMACIJE I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	3
2. PREGLED STANJA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU CRNE GORE	4
2.1. Zakonska regulativa.....	4
2.2. Infrastruktura i kadrovi	5
2.3. Institucije.....	7
2.4. Politika i akcioni planovi.....	9
2.5. Akcioni plan za borbu protiv korupcije u oblasti zdravstva	10
2.6. Reforma sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori	12
3. SUMARNI PREGLED REZULTATA - PACIJENTI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	16
3.1. Demografske karakteristike	16
3.2. Reforma zdravstvenog sistema	17
3.3. Izabrani ljekar	21
3.4. Privatna zdravstvena zaštita.....	25
4. SUMARNI PREGLED REZULTATA – PACIJENTI KOJI SU BORAVILI U BOLNICI	28
4.1. Demografske karakteristike	28
4.2. Stavovi bolničkih pacijenata o trenutnom zdravstvenom sistemu	30
4.3. Iskustva bolničkih pacijenata po pitanju primanja medicinske pomoći	32
4.4. Troškovi zdravstvenih usluga.....	35
4.5. Korišćenje usluga privatne medicinske prakse	41
5. SUMARNI PREGLED REZULTATA - ZAPOSLENI.....	43
5.1. Demografske karakteristike	43
5.2. Trenutno stanje i reforma zdravstvenog sistema	44
5.3. Reforma zdravstvenog sistema	46
5.4. Korišćenje zdravstvene zaštite	47
6. SUMARNI PREGLED KLJUČNIH NALAZA - ZAKLJUČCI.....	52
7. PREPORUKE	55

1. UVODNE INFORMACIJE I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Ocjena integriteta zdravstvenog sistema u Crnoj Gori zasnovana je na istraživanju, koje je za potrebe Ministarstva zdravlja, Svjetske zdravstvene organizacije i Kancelarije Programa Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP) u Crnoj Gori realizovala izabrana kompanija CEED Consulting.

Istraživanje je imalo za cilj sveobuhvatnu analizu integriteta zdravstvenog sistema, i to svih njegovih djelova i oblasti funkcionisanja. Shodno cilju, istraživanje je obuhvatilo sljedeće segmente zdravstvenog sistema:

- Funkcionisanje zdravstvenog sistema;
- Reforma zdravstvenog sistema;
- Privatna zdravstvena zaštita;
- Utvrđivanje nivoa neformalnih plaćanja i njihovo kvantifikovanje.

Sa ciljem sticanja detaljnijeg uvida i sagledavanja stavova i mišljenja ispitanika o zadatim temama prema društveno-ekonomskim i regionalnim karakteristikama ispitanika sprovedeno je kvantitativno istraživanje metodom direktnog intervjua (face-to-face). Ovim metodom obuhvaćene su tri ciljne grupe: dvije grupe korisnika zdravstvenog sistema – pacijenti bolničke i primarne zdravstvene zaštite tokom 2010. godine i medicinski radnici u javnom zdravstvenom sistemu. Kvantitativno istraživanje je sprovedeno na uzorku od 3.000 bolničkih pacijenata, 1.159 pacijenata primarne zdravstvene zaštite i 301 zdravstvenog radnika. Okvir za izbor uzorka zasnovan je na podacima nadležnih institucija. Od Fonda za zdravstveno osiguranje su dobijeni podaci o broju pacijenata primarne zdravstvene zaštite, a od opštih i specijalnih bolnica i Kliničkog centra Crne Gore podaci o broju bolničkih pacijenata u prvih šest mjeseci 2010. godine.

Ispitanicima koji su obuhvaćeni istraživanjem je garantovana anonimnost, što je doprinijelo dobijanju iskrenijih i tačnijih podataka koji su obrađeni u ovom Izvještaju.

Unos podataka urađen je u Microsoft Excel-u, a obrada podataka sa potrebnim logičkim kontrolama urađena je u SPSS programu (Statistički paket za društvene nauke koji služi za obradu i analizu podataka).

U skladu sa ciljevima projekta, tim analitičara CEED Consultinga izvršio je analize podataka i pripremio zaključke.

Uzimajući u obzir način na koji je uzorak kreiran, njegovu veličinu i reprezentativnost¹, kao i primijenjenu metodologiju, CEED Consulting smatra da se prezentirani nalazi mogu tretirati kao validni pokazatelji ocjene integriteta zdravstvenog sistema u Crnoj Gori.

¹ Reprezentativnost uzorka podrazumijeva da odabrane jedinice posmatranog skupa, odnosno populacije imaju sve osobine ukupne populacije koju predstavljaju.

2. PREGLED STANJA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU CRNE GORE

2.1. Zakonska regulativa

Neophodna pretpostavka za realizaciju reformskih aktivnosti, koje su počele da se sprovode u okviru sistema zdravstvene zaštite Crne Gore bila je uspostavljanje adekvatnog institucionalnog okvira, kao neophodnog uslova za unaprijeđenje zdravstvene zaštite i stabilno funkcionisanje zdravstva u cjelini. S tim u vezi, poboljšani su već postojeći i donijeti su novi reformski zakoni kojima se definišu opšta načela zdravstvene zaštite. Sistem i organizacija zdravstva usmjereni su na povećanje efikasnosti i kvaliteta, primjereno principima demokratskih društava (Zakon o pravima pacijenata (Sl.list Crne Gore, br. 40/2010), Zakon o zaštiti genetičkih podataka (Sl.list Crne Gore, br. 25/10), Zakon o zdravstvenoj njezi pacijenata (Sl.list Crne Gore, br. 25/10), Zakon o uzimanju i korišćenju bioloških uzoraka (Sl.list Crne Gore, br. 14/10), Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci (Sl.list Crne Gore, br. 83/09), Zakon o liječenju neplodnosti asistiranim reproduktivnim tehnologijama (Sl.list Crne Gore, br. 74/09), Zakon o sanitarnoj inspekciji (Sl.list Crne Gore, br. 14/10), Zakon o uzimanju i presađivanju djelova ljudskog tijela u svrhu liječenja (Sl.list Crne Gore, br., broj 76/09), Zakon o zaštiti od buke u životnoj sredini (Sl.list Crne Gore, broj. 45/06)). Takođe su donijeti značajni podzakonski akti, kojima se stvaraju pretpostavke za punu implementaciju zakonske regulative, u cilju obezbijedenja jednakih prava u korišćenju zdravstvene zaštite (Pravilnik o bližim uslovima u pogledu standarda, normativa i načina ostvarivanja primarne zdravstvene zaštite preko izabranog tima doktora ili izabranog doktora na osnovu člana 19 stava 5, u vezi sa članom 39 stav 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Službeni list RCG, broj 39/04) i Uredba o obimu prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na osnovu člana 17 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", broj 39/04)).

Oblast zdravstva u Crnoj Gori regulisana je primarno Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Sl. list Crne Gore, br. 39/04 i 14/10) i Zakonom o zdravstvenom osiguranju (Sl.list Crne Gore, br. 39/2004). Za borbu protiv korupcije u zdravstvenom sistemu od značaja je Zakon o zdravstvenoj inspekciji (Sl. list Crne Gore, 79/08) i Akcioni plan za borbu protiv korupcije u oblasti zdravstva za period 2009-2013. godine. Primjenom navedenih zakonskih propisa se znatno sužava prostor za koruptivne radnje.

Kako bi se **unaprijedio kvalitet zdravstvene zaštite**, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti je predviđeno da su zdravstvene ustanove dužne da uspostave procese monitoringa i evaluacije kao sastavni dio svojih redovnih i stručnih aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga stanovništvu. U tu svrhu, u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač država, predviđeno je formiranje Komisije za kontrolu kvaliteta zdravstvene zaštite.

Provjera kvaliteta stručnog rada se, prema ovom Zakonu, član 112, vrši kao interna (u nadležnosti zdravstvenih ustanova) i eksterna provjera (organizuje i sprovodi Ministarstvo zdravlja), a podrazumijeva procjenu i mjerenje slijedećih faktora: ispunjenosti propisanih uslova rada zdravstvenih ustanova; primjene usvojenih standarda u zdravstvu; smanjivanja neželjenih, nepotrebnih i neodgovarajućih procesa i preduzetih mjera stručnog usavršavanja i edukacije zdravstvenih radnika.

Prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o pravima pacijenata, između ostalog, podrazumijevaju pravo pacijenta na: slobodan izbor doktora medicine u skladu sa novim modelom primarne zaštite; informisanje i obavješćavanje o njegovom zdravstvenom stanju i načinu pružanja zdravstvenih usluga; samoodlučivanje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja

osim u slučajevima kada to direktno ugrožava njegov život i zdravlje drugih lica; uvid u medicinsku dokumentaciju; drugo stručno mišljenje; privatnost i povjerljivost; blagovremenu zdravstvenu zaštitu; prigovor; nadoknadu štete itd. Dopune zakona se odnose na propisano formiranje instituta ombudsmana za pacijente, kojeg određuje direktor zdravstvene ustanove i visinu kazne, ukoliko se utvrdi povreda prava pacijenata. Dosljedna primjena odredbi ovog zakona značajno će uticati na poboljšanje položaja i autonomiju pacijenta u okviru sistema zdravstvene zaštite, a čime će se smanjiti mogućnosti za postupke koji nisu u interesu pacijenta.

U navedenim zakonima je propisano da **nadzor nad primjenom zakona i propisa** vrši Ministarstvo zdravlja, preko zdravstvenih inspektora. Prava i dužnosti zdravstvenih inspektora, zdravstvenih ustanova i stranaka u postupcima inspekcijaskog nadzora definisani su Zakonom o zdravstvenoj inspekciji. Ovaj propis nema direktne osnove u nekom dokumentu Evropske unije, ali se njegova rješenja temelje na preporukama i smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije. Prema članu 3 ovog zakona zdravstveni inspektor mora da čuva kao strogo povjerljiv identitet podnosioca inicijative kojom se ukazuje na povredu zakona i drugih propisa iz oblasti zdravstvene zaštite. Ovim se propisom građani podstiču da u većoj mjeri i bez bojazni da će time prouzrokovati lošiji tretman, prijavljuju slučajeve neadekvatne prakse zdravstvenog osoblja.

2.2. Infrastruktura i kadrovi

Zdravstveni sistem Crne Gore je organizovan kao jedinstveni zdravstveni region i dominantno se zasniva na javnom sektoru. Javne zdravstvene ustanove su organizovane kroz mrežu primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, koja se sastoji od 18 domova zdravlja, sedam opštih bolnica, tri specijalne bolnice, Kliničkog centra Crne Gore, Zavoda za hitnu medicinsku pomoć, Instituta za javno zdravlje i Apotekarske ustanove Crne Gore, 'Montefarm' u čijem sastavu se nalazi 41 apoteka u svim opštinama Crne Gore. Privatni sektor koji trenutno nije integrisan u sistem zdravstvene zaštite, sastoji se od većeg broja ordinacija, zubarskih ordinacija, veledrogerija i apoteka.

Dom zdravlja je referentni centar primarne zdravstvene zaštite koji pruža ili omogućava podršku timu izabranog doktora. 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 tuberkulozu, dijagnostiku, mentalno zdravlje, djecu sa posebnim potrebama, prevenciju i sl. i *jedinice za podršku* za: patronažu, fizikalnu terapiju primarnog nivoa i sanitetski prevoz.

U odnosu na broj pregleda planiranih Programom zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2008. godinu, doktori medicine su ostvarili prosječno 3,5 pregleda po osiguraniku (planirano 3,9), odnosno: izabrani doktori medicine su ostvarili plan u 2008. godini sa 90,05%. U poređenju sa brojem posjeta kod ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, broj specijalističkih konsultacija na nivou domova zdravlja (0,59 pregleda po osiguraniku) je zadovoljavajući. Na nivou bolnica ostvaren je 1,05 pregleda po osiguranika.

Indikatori zdravstvene zaštite (na 100.000 stanovnika) prema podacima Monstata² i Eurostata³:

	Broj ljekara		Broj bolesničkih postelja	
	1998	2008	1998	2008
Crna Gora	121.10	215.85	680.64	615.66
Zemlje regiona				
Hrvatska	227.5	266.1	601.5	547.3
Makedonija	-	-	516.0	463.1 (2006)
Zemlje EU				
Bugarska	346.0	361.3	843.5	650.8
Rumunija	188.2 (1999)	221.5	731.6	657.4
Slovenija	219.1	229.7	559.1	476.9
Njemačka	317.5	356.2	929.3	820.3
Francuska	-	-	832.5	684.8
Italija	-	-	555.1	371.4
Belgija	373.1	293.2	787.5	660.1
Španija	287.3	352.2	378.4	324.5

Na osnovu podataka prikazanih u tabeli indikatora zdravstvene zaštite, vidi se da Crna Gora u 2008. godini ima manji prosječan broj ljekara ne samo u odnosu na zemlje Evropske unije, već i u odnosu na zemlje iz regiona koje takođe prolaze kroz proces tranzicije. Osim toga, broj ljekara pokazuje trend povećanja dok se broj bolesničkih postelja progresivno smanjuje u skladu sa kretanjima ostalih zemalja. Naime, broj posjeta kod ljekara opšte prakse povećao se u 2008. godini za 39,7%, a kod ostalih zdravstvenih radnika smanjio za 15,5% u odnosu na 1999. godinu. Navedeni podaci svjedoče o uspjehu reforme sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori, budući da je jedan od osnovnih ciljeva pokretanja reforme da primarna zdravstvena zaštita riješi većinu zdravstvenih potreba, a da na sekundarni i tercijarni nivo stignu samo oni pacijenti kojima je to zaista i neophodno. Međutim, postavlja se pitanje da li je smanjeni broj pacijenata u ordinacijama ljekara specijalista posledica isključivo reorganizacije zdravstvene zaštite ili je taj procenat, jednim dijelom, umanjen zbog dugog čekanja koje primorava pacijente da potraže alternativu za pregled u okviru privatnih ustanova. Činjenica kojom se djelimično potvrđuje ova pretpostavka je da je u 2008. godini, udio odraslih koji su čekali na specijalistički pregled u primarnoj službi zdravstvene zaštite više od mjesec dana, iznosio 3,5% što je znatno više u odnosu na 2000. godinu, kada je ovo bio slučaj kod 2,5% odraslih.⁴

² Statistički godišnjak Crne Gore 2009

³ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables

⁴ Projekat unapređenja sistema zdravstva u Crnoj Gori: Tehnička podrška u sprovođenju ankete o mjerjenju životnog standarda (Living Standards Measurement Survey, LSMS), Nacionalna zdravstvena anketa, SMMRI Group, novembar 2008.

2.3. Institucije

U organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga u Crnoj Gori uključeni su prvenstveno Ministarstvo zdravlja, Fond za zdravstveno osiguranje (FZO) i javne i privatne zdravstvene ustanove.

U okviru reformskih aktivnosti **Ministarstva zdravlja**, izgrađen je informacioni sistem zdravstvenog sistema, koji je podrška svim poslovno - medicinskim aktivnostima i poslovno - finansijskim procesima u domovima zdravlja. Implementacija je završena u svih 18 domova zdravlja sa oko 2500 zaposlenih. Od početka 2009. godine u zdravstvenom sistemu Crne Gore, na primarnom nivou, se primjenjuje elektronski recept, elektronski uput, elektronske doznake za bolovanja i kompletno elektronsko fakturisanje na nivou primarne zdravstvene zaštite. To znači da su svi procesi rada u domu zdravlja informatički podržani.⁵ Uvođenjem informacionog sistema je obezbijeđena transparentnost svakog segmenta procesa pružanja zdravstvenih usluga, što može poslužiti i kao efikasan instrument u borbi protiv korupcije. Jedan od ciljeva u budućem periodu je javno objavljivanje i uvid u liste čekanja za medicinske procedure koji predstavlja još jedan od napora u rješavanju ovog problema.

U 2008. godini, stopa uvećavanja deficita **Fonda za zdravstveno osiguranje** iz 2005. i 2007. godine u apsolutnoj vrijednosti u eurima, je značajno opala. Ta kretanja su ukazivala da će biti potrebne dodatne 3 do 4 godine da FZO ostvari suficit.⁶ U 2008. godini prihodi koje je ostvario Fond za zdravstveno osiguranje bili su za 32,5% veći u odnosu na prihode ostvarene u 2007. godini, kao rezultat sveukupnog ekonomskog rasta u Crnoj Gori, redovnije naplate prihoda i povećanja obuhvata obaveznika uplate doprinosa.⁷ Uprkos nagovještaju pozitivnog trenda rasta prihoda FZO-a, u 2009. godini registrovano je smanjenje od 11,6% u odnosu na prihode ostvarene u 2008. godini, kao rezultat smanjenja stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje sa 12% na 10,5%, shodno Zakonu o doprinosima za socijalno osiguranje („Sl.list CG“ br 13/07) i lošije naplate doprinosa od strane poreskih obveznika. Paralelno sa smanjenjem prihoda u odnosu na 2008. godinu došlo je do povećanja rashoda za zdravstvenu zaštitu za 11,4%, kao rezultat povećanja cijena zdravstvenih usluga u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore od jula 2008. godine, kao i povećane zdravstvene potrošnje u pojedinim segmentima (ljekovi, ortopedske sprave i pomagala, itd), povećanja cijena usluga u zdravstvenim ustanovama Srbije i dr.

Pokazatelji izdvajanja za zdravstvo u Crnoj Gori u odnosu na BDP ili troškovima po glavi stanovnika su znatno niži u odnosu na evropske okvire. Prema izvještajima iz 2009. godine, Crna Gora je po prosječnom izdvajanju na zdravlje svojih stanovnika od 256,4€ ili oko 4,6% BDP na pretposljednem mjestu u Evropi, ispred Albanije. Aktuelna tendencija da se stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje smanjuje je nerealna, i dovela bi u pitanje finansijsku održivost crnogorskog zdravstvenog sistema, koji otežano funkcioniše i sa aktuelnom stopom. Ukoliko bi ipak došlo do redukcije stope doprinosa, to bi posledično značilo i redukciju prava na zdravstvenu zaštitu.

Budući da postoji raskorak između utvrđenih prava iz zdravstvenog osiguranja i finansijskih mogućnosti da se ona zadovolje i nerealnih očekivanja građana i zaposlenih u zdravstvu, treba mijenjati uvjerenje građana da imaju pravo na bilo koju od zdravstvenih usluga bez obzira na njenu stvarnu neophodnost, i razvijati

⁵ <http://fzocg.me/print.php?id=367>, 29. 10.2010. godine (Agencija MINA) Intervju sa direktorom Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore mr Ramom Bralićem 18.04.2009.

⁶ Health Sector Improvement Project (MHSIP) Impact Report, consultant of M&E Dr Ravi Venkataraman, 2008

⁷ http://fzocg.me/documents/Publikacija/Publikacija_Forum.pdf, 28.10.2010. Publikacija Fonda za zdravstveno osiguranje: Zdravstveno osiguranje za Vas i uz Vas, avgust 2009.

svijest građana o tome da svaka zdravstvena usluga ima svoju cijenu i da zdravstvena zaštita nije besplatna, kako bi se obezbijedilo lakše prihvatanje i prilagođavanje na promjene prouzrokovane reformom.

Osim promjene u stavovima i navikama građana, korisno rješenje bi se moglo pronaći u pružanju mogućnosti da privatni zdravstveni sektor ravnopravno konkuriše za sredstva iz FZO kako bi se obezbijedio pozitivan uticaj konkurencije i kako bi na taj način i javne i privatne ustanove bile motivisane da u okviru raspoloživih sredstava pruže što kvalitetniji nivo zdravstvene usluge. Prema najavama, Ministarstvo zdravlja planira da će u mrežu zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori biti uključeno od 15 do 20% privatnih ambulanti koje će potpisati ugovore sa Fondom za zdravstveno osiguranje i građani će u njima sa ovjerenim uputom i knjižicom moći da se liječe kao u javnom sistemu. Uključivanjem privatnih ambulanti u mrežu ustanova, biće podignut nivo zdravstvene zaštite i pacijenti neće čekati duže od 30 dana na specijalistički pregled. Fond zdravstva obezbijediće finansiranje umreženih privatnih ordinacija shodno ugovoru, a za toliko će biti umanjena sredstva onim javnim zdravstvenim ustanovama koje ne mogu- organizaciono ili iz drugih razloga - da riješe problem pružanja zdravstvenih usluga. Najvažniji faktori od kojih zavisi uspjeh realizacije ove ideje je: određivanje cijene koja će pokriti troškove privatnih klinika, ambulantni i laboratorija, ali i cijena koju državni budžet može da podnosi kao i usaglašavanje pravnog okvira donošenjem određenih podzakonskih akata.⁸

Ukoliko se navedeni plan realizuje ublažiće se, između ostalih, problem dvostrukog plaćanja, odnosno činjenica da su pojedini građani primorani da pored plaćanja obaveznog doprinosa za zdravstveno osiguranje, plate dodatno kada ih ljekari iz javnih zdravstvenih ustanova upute u privatnu ordinaciju kako bi im efikasno i pravovremeno bila pružena neka od zdravstvenih usluga. U prilog istinitosti ove konstatacije govore podaci da je u 2008. godini, jedan od svaka četiri odrasla stanovnika (26,9%) morao da plati za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci. Glavni razlozi koji su navođeni za korišćenje privatnih usluga bili su odsustvo čekanja, viši kvalitet usluge i ljubazniji odnos prema pacijentu. Takođe, udio odraslih koji su sami pribavljali medicinski materijal neophodan za korišćenje zdravstvenih usluga u periodu od 12 mjeseci prije ankete iznosio je 35,1%.⁹

Institut za javno zdravlje je institucija zdravstvenog sistema čiji je primarni cilj praćenje i procjena zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore. U nadležnosti Instituta je da identifikuje faktore rizika po zdravlje od zaraznih i hroničnih masovnih nezaraznih bolesti, uključujući biološke, ekološke, socio - ekonomske faktore i stilove života i preduzima mjere za smanjenje njihovog uticaja ili njihovo eliminisanje, pripremanje nacionalnih programa, razvojnih strategija, programa javnog zdravlja za rješavanje najozbiljnijih zdravstvenih problema, analiza zdravstvenog stanja populacije. Institut je uključen i u planiranje zdravstvene zaštite i obezbjeđivanje stručne i metodološke podrške za realizaciju planova zdravstvenih subjekata u Crnoj Gori. U oblasti prevencije zaraznih bolesti Institut priprema program nacionalne imunizacije i superviziju njegove implementacije u svim zdravstvenim centrima. Institut obavlja još i monitoring i kontrolu sredinskih parametara koji su važni za zdravlje populacije.

⁸ <http://www.rtcg.me/vijesti/drustvo/hronika/25049-u-mrezi-i-privatne-ambulate.html>, 29.10.2010.

⁹ Projekat unapređenja sistema zdravstva u Crnoj Gori: Tehnička podrška u sprovođenju ankete o mjerjenju životnog standarda (Living Standards Measurement Survey, LSMS), Nacionalna zdravstvena anketa, SMMRI Group, novembar 2008.

2.4. Politika i akcioni planovi

Usvajanjem Zdravstvene politike u Crnoj Gori do 2020. godine, Crna Gora se uključila u jedinstveni međunarodni proces ostvarivanja dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije 'Zdravlje za sve u XXI vijeku'. Strategija razvoja zdravstvene politike je otvorila proces potrebnih reformi zdravstvenog sistema Crne Gore, koje treba da obezbijede veći kvalitet zdravstvene zaštite i unapređenje zdravlja i zdravstvenog stanja stanovništva. U skladu sa tim, Ministarstvo zdravlja je objavilo četiri strateška dokumenta: "Strategiju razvoja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori" (2003), "Master plan razvoja zdravstvene zaštite u periodu 2005-2010", "Master plan razvoja zdravstva Crne Gore za period 2010-2013. godine" i "Strateški plan razvoja zdravstvenog osiguranja do 2011".

Početkom 2009. godine pristupilo se izradi novog dokumenta: Master plana sa Akcionim planom implementacije za naredni srednjoročni period, koji je inkorporirao smjernice zdravstvene strategije Evropske unije 'Zajedno za zdravlje': strateški pristup EU za period 2008–2013. Ciljevi navedeni u ovom dokumentu, trebali bi bitno i pozitivno da utiču na dalje jačanje stabilnosti zdravstvenog sistema, a samim tim i povećanje kapaciteta sistema zdravstvene zaštite u borbi protiv korupcije. Važni ciljevi koji se u ovom dokumentu navode su:

- Izgradnja pravnog okvira za privatno-javno partnerstvo u zdravstvu, na osnovu analize pozitivne prakse Evropske unije u oblasti uključivanja privatnih ustanova u zdravstveni sistem, davanja koncesija, statusa komitentata, direktnih zajedničkih ulaganja, zakupa opreme i prostora u javnim ustanovama, i iznalaženja optimalnih modela za Crnu Goru.
- Uvođenje Dobrovoljnog finansiranja zdravstvenih usluga kao načina da se poveća udio privatnog novca u sistemu zdravstva, na javan i transparentan način. Fond za zdravstveno osiguranje će obezbjeđivati finansiranje osnovnog paketa zdravstvenih usluga, dok će sve ostale usluge, kao i razlika u cijeni koju plaća osiguranik kroz sistem participacije, biti predmet dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Na taj način korisnici zdravstvene zaštite će biti u prilici da obezbijede usluge koje nisu uključene u obavezno zdravstveno osiguranje (stomatološke usluge), više standarde usluga od onih koji se uobičajeno primjenjuju, liječenje u inostranstvu (koje ne pokriva Fond za zdravstveno osiguranje), usluge privatnih ljekara koji nisu uključeni u javnu zdravstvenu mrežu i nemaju potpisan ugovor sa FZO i drugo. Dobrovoljno osiguranje će biti uvedeno kao finansijski i organizaciono odvojena aktivnost Fonda za zdravstveno osiguranje i počivaće na principima Zakona o zdravstvenom osiguranju.
- Nastavak usklađivanja pravnog okvira u zdravstvu sa propisima Evropske unije. Reforma pravnog okvira u zdravstvu ima za zadatak da se finansijska odgovornost prebaci sa Fonda za zdravstveno osiguranje na izvršioca na sekundarnom i tercijarnom nivou, što će imati za posledicu domaćinsko ponašanje bolnica, povećanje pozitivne konkurencije kao i podizanje kvaliteta zdravstvenih usluga.
- Priprema za uvođenje novog sistema plaćanja na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite (DRG model plaćanja po grupama dijagnoza). DRG sistem, kao svjetski priznat standard za upoređivanje efikasnosti i troškova u zdravstvu, omogućuje pravljenje odgovarajućih ekonomskih analiza koje bi trebale da opredijele dalje korake, i obezbijede uporedivost podataka kako između bolnica u zemlji, tako i sa bolnicama u Evropskoj uniji i šire.
- Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite planirano je da prioritet bude dat ambulantnom tretmanu kojim se obezbjeđuju sve medicinske procedure prije primjene bolničkog tretmana. Primanje pacijenta u bolnicu biće dozvoljeno jedino nakon što se završe sva potrebna medicinska ispitivanja, ili ako je neophodno konstatno praćenje vitalnih funkcija. Specijalistički ambulantni

servisi i bolnički servisi neće biti organizovani odvojeno, već će svaki ljekar u bolnici dio radnog vremena koristiti za liječenje pacijenata u ambulantni. Ove mjere će dovesti do značajne racionalizacije sredstava koje stoje na raspolaganju za zdravstvo.

- Klinički centar Crne Gore je dio zdravstvenog sistema koji u aktuelnom momentu obezbjeđuje servis sekundarne i tercijarne zaštite i ta dva servisa nisu odvojena. Ključni problem nije u tome što ne postoji organizaciona odvojenost servisa, već u tome što nije precizno definisano šta je tercijarna zaštita i da ona ne može biti pružena preko opštih bolnica. Navedeni problem je još jedan od predloženih zadataka za naredni period reformi.

Koraci koji se odnose na sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu su osim za povećanje kvaliteta usluga značajni i sa aspekta racionalizacije potrošnje u ovim segmentima zdravstvenog sistema. Naime, izdaci za ove nivoe zdravstvene zaštite su veoma visoki i u 2009. godini iznosili su 91,2 mil.€ ili 48,2% ukupnih troškova Fonda. U odnosu na prethodnu godinu povećali su se 17% i u odnosu na plan za 2009. godinu veći su za 13,1 mil. € ili 16,78%.¹⁰

Značajno je pomenuti da je u toku 2009. godine posebna pažnja bila usmjerena na izradu nacionalnih akcionih planova, kojima su precizno definisane uloge i odgovornosti svih učesnika njihove implementacije. Između ostalih, donijet je Akcioni plan za borbu protiv korupcije u oblasti zdravstva za period 2009-2013. godine.

2.5.Akcioni plan za borbu protiv korupcije u oblasti zdravstva

Krivičnim zakonikom Crne Gore definisana su krivična djela sa elementima korupcije:

- Primanje mita postoji kada službeno lice zahtijeva ili primi određenu korist da u okviru svog službenog ovlašćenja izvrši službenu radnju koju ne bi smjelo izvršiti ili da ne izvrši službenu radnju koju bi moralo izvršiti. Davanje mita postoji kada neko službenom licu za navedene radnje ponudi određenu korist.
- Zloupotreba službenog položaja postoji kada službeno lice koristi svoj položaj ili ovlašćenje da bi pribavilo korist za sebe ili da drugome nanese štetu.
- Protivzakoniti uticaj postoji kada službeno lice zahtijeva ili primi određene koristi da korišćenjem svog službenog uticaja posreduje da se izvrši ili ne izvrši neka službena radnja. Navođenje na protivzakoniti uticaj postoji kada neko službenom licu da, ponudi ili obeća određenu korist za navedene radnje.
- Protivpravno primanje poklona postoji kada odgovorno lice pribavi protivpravnu korist da zaključi ugovor ili pruži uslugu na štetu svog privrednog društva ili drugog lica. Protivpravno davanje poklona postoji kada neko odgovornom licu pribavi protivpravnu korist za navedene radnje.
- Ostala krivična djela sa elementima korupcije su povreda ravnopravnosti u vršenju privredne djelatnosti; zloupotreba monopolističkog položaja; zloupotreba procjene; odavanje poslovne tajne; nesavjestan rad u službi.

Smatra se da pojava korupcije u zdravstvu negativno utiče na kvalitet i raspoloživost zdravstvenih usluga, smanjuje obim pruženih usluga, povećava troškove samih usluga, pa samim tim predstavlja direktnu prijetnju da se obesmisle zacrtani ciljevi reforme zdravstvenog sistema i uruše dosadašnji rezultati.

¹⁰ http://fzocg.me/docs/30/izvjestaj_o_radu_i_poslovanju_fonda2009.pdf

Uvažavajući iskustva zemalja u okruženju, kao i analizom uloga i odnosa različitih brojnih učesnika u sistemu pružanja zdravstvenih usluga, samog toka pružanja usluga u zdravstvenom sistemu Crne Gore, iskristalisale su se mjere koje treba da ojačaju slabe tačke sistema i suze prostor za korupciju dok reformski proces ne bude završen.

U cilju jačanja pravnog i institucionalnog okvira za rješavanje pitanja istovremenog rada ljekara u javnom i privatnom sistemu usvojene su izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. list Crne Gore, br. 39/04 i 14/10) koje se odnose na ograničavanje rada zdravstvenih radnika i u javnom i u privatnom sektoru, kao i na pojačanu odgovornost menadžmenta zdravstvenih ustanova. Članom 74 stav 1 ovog zakona propisuje se da zdravstveni radnik zaposlen sa punim radnim vremenom u zdravstvenoj ustanovi može, uz saglasnost direktora, da obavlja dopunski rad u drugoj zdravstvenoj ustanovi koja je u sastavu mreže zdravstvenih ustanova. Članom 136, stav 2 određeno je da bliže uslove za obavljanje dopunskog rada propisuje Ministarstvo zdravlja. Uslovi koji se navode u ovom članu su ispunjavanje normativa, odnosno postizanje kvalitetnih rezultata u pružanju zdravstvenih usluga u okviru javnih zdravstvenih ustanova, a sam način obavljanja dopunskog rada predviđeno je da bude bliže uređen podzakonskim aktom, koji je u pripremi.

Donošenjem Zakona o zaštiti prava pacijenata (Sl. list Crne Gore, br. 40/2010), obezbijedena je potpunija zaštita navedenih prava, uz preciziranje odgovornosti svih učesnika u procesu pružanja zdravstvenih usluga. Prema članu 31 ovog zakona pacijent koji nije zadovoljan pruženom zdravstvenom uslugom ili postupkom zdravstvenog ili drugog radnika zdravstvene ustanove, može podnijeti prigovor. Prigovor se podnosi direktoru zdravstvene ustanove ili zaštitniku prava pacijenata. Pacijent koji je nezadovoljan nalazom po prigovoru može se obratiti zdravstvenoj inspekciji, u skladu sa zakonom. U segmentu ostvarivanja prava pacijenata planirana je još i izrada brošura o pravima pacijenata koje bi trebalo da budu dostupne u zdravstvenim ustanovama i uvođenje sistema žalbi u vidu žalbenih kutija u zdravstvenim ustanovama.

U oblasti unapređenja stručnog znanja zdravstvenih radnika i podizanja svijesti o značaju unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, mjerama akcionog plana je predviđena izrada planova stručnog usavršavanja, razvijanje regulative profesionalnih normi i standarda, izrada protokola, vodiča i smjernica kliničkih puteva i razvoj modela menadžmenta kvalitetom.

U segmentu obezbjeđenja sigurnosti i isplativosti zdravstvenih tehnologija trebalo bi definisati prioritete za nabavku medicinske opreme i ulaganja u zdravstvene ustanove i dostavljati izvještaje o javnim nabavkama koje bi bile dostupne na sajtu Ministarstva zdravlja. Sve ustanove u okviru zdravstvenog sistema Crne Gore su obveznici Direkcije za javne nabavke i s tim u skladu dužne su da dostavljaju planove javne nabavke za svaku godinu počevši od osnivanja Direkcije 2007. godine. Izrada kvalitetnog godišnjeg plana javnih nabavki predstavlja osnov za ostvarivanje glavnog cilja - efektivnog i efikasnog trošenja javnih sredstava. Na sajtu Komisije za kontrolu postupaka javne nabavke dostupna su rješenja i zaključci na izjavljene žalbe u postupcima javnih nabavki. Postoje rješenja na žalbe upućene Fondu za zdravstveno osiguranje (FZO), Institutu za javno zdravlje, Kliničkom centru Crne Gore, Specijalnim i Opštim bolnicama, Domovima zdravlja i Apotekarskoj ustanovi Crne Gore. Žalbe su većinom u vezi sa nabavkom medicinskih aparata, dijagnostičke opreme, kancelarijskih materijala. U rješenjima nijesu vidljivi razlozi za ponavljanje postupaka javne nabavke, odnosno da li su u pitanju nelegalne (korupcijske) radnje ili neki drugi propusti u radu: netransparentnost, neispravna ponuda, nedovoljno precizni kriterijumi.

U pogledu obezbjeđenja finansijskih podsticaja za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite, u zdravstvenim ustanovama bi trebalo formirati timove (ljekar i farmaceut) za sprovođenje racionalne

farmakoterapije i uraditi sistem nagrađivanja radi obezbjeđivanja finansijskih podsticaja zdravstvenim radnicima. Veoma djelotvorna mjera u ovom dijelu bi trebala da bude i ona koja se odnosi na uvođenje pokazatelja kvaliteta kao kriterijuma za sklapanje ugovora između Fonda za zdravstveno osiguranje sa zdravstvenim ustanovama.

Ministrastvo zdravlja i Uprava za antikorupcijsku inicijativu (UAI) imaju besplatne brojeve telefona putem kojih se mogu prijaviti slučajevi korupcije. UAI je u 2009. godini primila ukupno 98 prijava od kojih je 7 bilo za oblast zdravstva. U 2010. godini primljeno je 140 prijava, od kojih je njih 4 bilo za zdravstvo. Iz navedenih podataka uočava se smanjenje broja žalbi na korupciju u zdravstvenom sistemu u 2010-oj u odnosu na prethodnu godinu. Najveći broj žalbi se odnosio na rad ljekara, preciznije na praksu da pacijente upućuju u privatne klinike gdje i sami rade.

Zaštitnik ljudskih prava i sloboda Crne Gore (Ombudsman) je jedna od institucija koja takođe prima pritužbe na rad zdravstvenih institucija. U 2009. godini, Ombudsman je primio četiri pritužbe od kojih je u dva slučaja utvrđeno da nije došlo do povrede prava pacijenata od strane zdravstvene ustanove. U slučaju druge dvije pritužbe postupak je u toku. U 2010. godini, Institucija Zaštitnika ljudskih prava i sloboda primila je jednu pritužbu na rad zdravstvenih ustanova, zbog povrede prava na zdravstvenu zaštitu. Po toj pritužbi postupak je u toku.

Nevladina organizacija 'Crnogorsko udruženje za zaštitu prava pacijenata' je aktivno u deset gradova Crne Gore. Njihova se djelatnost sastoji u pružanju psihološkog savjetovanja i posredovanja u pregovorima prilikom povrede prava pacijenata. Prema statistici za 2010. godinu ostvareno je ukupno 1200 informativnih poziva, u 754 slučajeva rađeno je psihološko savjetovanje, a 146 slučajeva je rješavano pregovorima. Najveći broj ostvarenih poziva, sprovedenih psiholoških savjetovanja i pregovora ostvareno je u Podgorici, Tivtu i Beranama. Zakazivanje savjetovanja se radi kada se procijeni da se može pomoći i pri tom se radi na osnaživanju pacijenata da prevaziđu osjećaj ugroženosti.

2.6.Reforma sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

Projektom unapređenja sistema zdravstva u Crnoj Gori (MHSIP), u proteklom petogodišnjem periodu uspješno su realizovane brojne aktivnosti u oblasti reforme sistema na primarnom nivou zdravstvene zaštite što je potvrđeno izvještajima kontinuiranog monitoringa i evaluacije projektnih aktivnosti.

Upravni odbor Svjetske banke je 3. novembra 2009. godine odobrio dodatno finansiranje MHSIP (Montenegro Healthcare System Improvement) projekta u iznosu od 5.1 mil €, kojim je predviđeno da se u periodu 01.01.2010. – 31.12.2012. godine završi realizacija započetih aktivnosti u okviru reforme primarne zdravstvene zaštite, i započne reforma na sekundarnom i tercijarnom nivou koja će imati za posljedicu povećanje pozitivne konkurencije kao i podizanje kvaliteta zdravstvenih usluga.

Novi model primarne zdravstvene zaštite- Izabrani ljekar

Jačanjem preventivne i primarne zdravstvene zaštite ne postiže se samo to da se većina zdravstvenih problema rješava na primarnom kontaktu, što istovremeno znači i manje skupo liječenje, već se na taj način može bitno uticati i na smanjenje obolijevanja stanovništva od najčešćih bolesti čime se značajno pozitivno utiče na zdravstveno stanje stanovništva.

Proces reforme primarne zdravstvene zaštite je otpočeo u Domu zdravlja Podgorica u skladu sa usvojenim zakonskim i podzakonskim regulativama 2005. godine, dok su tokom 2008. godine ostali Domovi zdravlja promijenili organizacionu šemu, izvršena je registracija osiguranika, i zdravstvena zaštita se pruža preko izabranih doktora i centara i jedinica za podršku izabranih doktora.

Način plaćanja primarne zdravstvene zaštite je kapitacija uz ugovaranje Fonda za zdravstveno osiguranje sa zdravstvenom ustanovom za svakog izabranog ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koga je izabrao minimalni broj građana i ugovaranje Fonda sa privatnim ljekarima koji zadovoljavaju zakonom definisane uslove za rad i koji su izabrani od minimalnog broja građana za njihovog izabranog ljekara, što uslovljava postepeno izjednačavanje privatnog i državnog sektora u mogućnosti učestvovanja u sprovođenju zdravstvene zaštite.

Polovinu (50%) svojih prihoda izabrani doktori ostvaruju putem kapitacije, a drugu polovinu (50%) fakturisanjem unaprijed definisanih usluga. Na ovaj način se minimalizuju loše strane ovih načina plaćanja, a potenciraju se dobre strane. Ukoliko bi se koristila kapitacija kao jedini mehanizam plaćanja onda bi izabrani doktori bili stimulisani da pružaju što manje usluga s obzirom da njihov prihod ne zavisi od broja usluga koje pružaju, već od broja opredijeljenih građana i njihove starosne strukture. Zbog toga bi se moglo dogoditi da oni ne liječe dovoljno građane koji su ih izabrali. S druge strane, ukoliko bi se kao mehanizam plaćanja primijenilo plaćanje naknadom za uslugu, onda bi izabrani doktori bili stimulisani da pruže što više usluga bez obzira na to da li su one stvarno potrebne ili ne, te bi troškovi pružanja zdravstvene zaštite stalno rasli.¹¹

Uspjeh reforme zdravstvene zaštite na primarnom nivou prati Ministarstvo zdravlja putem istraživanja kojima se ispituju stavovi zdravstvenih radnika i pacijenata u intervalima od dvije godine počevši od planiranja i najave reforme u 2004. godini. Iako su u 2008. godini utvrđeni jasni pokazatelji uspjeha reformskog procesa na nivou primarne zdravstvene zaštite u vidu povećanog broja pacijenata koji posećuju istog ljekara, zatim ostvarenog pozitivnog trenda u pogledu vremena trajanja konsultacija kod izabranog doktora i povećanog procenta pacijenata koji koriste sistem zakazivanja, ključni problemi zdravstvenog sistema i dalje ostaju nezadovoljstvo primanjima zdravstvenih radnika, nemotivisanost ljekara, loši uslovi rada, čekanje i redovi. Zdravstveni radnici i pacijenti i tri godine nakon početka realizacije reformskih aktivnosti nisu ispoljili povećano zadovoljstvo rezultatima reforme. Većina zdravstvenih radnika u 2008. godini još uvijek nije bila informisana o metodu kapitacije, a među onima koji su čuli za ovaj metod polovina ima neutralan stav jer im je sam metod nejasan.

Paralelno sa reformom primarne zdravstvene zaštite vrši se i racionalizacija bolničkog servisa. To je naročito značajno za Crnu Goru, jer je na sekundarnu zdravstvenu zaštitu u kojoj dominira bolnički tretman 2003. godine odlazilo 41% ukupnih troškova za zdravstveni sistem. Iznenadno povećanje bolničkih kapaciteta i troškova u opštim i specijalnim bolnicama je bilo veoma evidentno od 2000. do 2003. godine kada se broj postelja povećao za 6.7% ali je broj bolesnika u isto vrijeme opao sa 81.41% na 75.72%.

Na početku sprovođenja reforme postojao je problem konstantnog zapošljavanja novog osoblja koje nije bilo dovoljno iskorišćeno, naročito iz kategorije administrativnih i tehničkih poslova. Stoga je planirano da broj zaposlenih u pomenutim servisima bude redukovan za 2% svake godine, tako da u narednih 5 godina

¹¹ <http://fzocg.me/docs/175/metodologija.pdf>, Republički Fond za zdravstveno osiguranje: Metodologija određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Podgorica, oktobar 2007.

broj nemedicinskog osoblja neće iznositi više od 18% svih zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite. Realno je za očekivati povećanje zarada zaposlenih u zdravstvenim institucijama za 20% i poboljšanje uslova rada (oprema i profesionalno napredovanje) redukcijom ukupnog broja zaposlenih za 5% svake godine.¹²

Osim smanjenja broja zaposlenih u zdravstvu jedna od metoda za racionalizaciju rada zdravstvenog sistema je svakako i smanjenje troškova za lijekove. Baza podataka prema tipu lijeka, jediničnoj cijeni, nabavljenoj količini i ukupnim troškovima se svake godine vodi u FZO. Informacije su sasvim detaljne, a sistem je efikasan u dobijanju potrebnih podataka, iako postoje određena kašnjenja. Indikator RCP (razvojnog cilja Projekta) "smanjiti skupe lijekove koje plaća FZO (za liste skupih-prometnih indikovanih lijekova)" je izračunat na osnovu ove baze podataka.

Naime, utvrđeno je da je cijena paketa skupih-prometnih lijekova opala sa 2,3 EUR po jedinici u 2004. na 1,98 EUR po jedinici u 2007 (pad od 13%). Osim racionalizacije izdataka za farmaceutske proizvode na ovom polju je donesen Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o medicinskim sredstvima i čitav niz podzakonskih akata, koji su počeli da se implementiraju kroz djelatnost Agencije za lijekove i medicinska sredstva koja je osnovana u oktobru 2008. godine (Sl.list CG br.62/08), a čiji je cilj da se postave standardi zaštite zdravlja koji odgovaraju najvišim evropskim mjerilima, kao i da se farmaceutskoj industriji i ostalim učesnicima u zdravstvenoj zaštiti i prometu lijekova i medicinskih sredstava omoguće bolji uslovi za razvoj, napredak i konkurentnost.

Nacionalni zdravstveni računi¹³

U momentu započinjanja realizacije MHSIP-a u Crnoj Gori nije postojala nikakva zvanična statistika o nacionalnim zdravstvenim troškovima. Stoga je Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja odlučilo da napravi Nacionalne zdravstvene račune – poznate kao glavna centrala – koja je "posebno dizajnirana da pruža informacije za proces zdravstvene politike, uključujući kreiranje politike i implementaciju, politički dijalog i nadgledanje i procjenu intervencija u zdravstvenoj zaštiti" a sve u cilju finansijske održivosti sistema zdravstvene zaštite.

Stanje u finansiranju zdravstvenog sistema

Finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasniva se na dominantnoj ulozi javnog sektora koji pruža i obezbjeđuje resurse za zdravstvenu zaštitu i usluge. Naime, on se zasniva na metodi obaveznog zdravstvenog osiguranja (njemački – Bizmarkov metod). Doprinosi se plaćaju na osnovu bruto zarade zaposlenih, prema sadašnjoj zakonskoj regulativi u iznosu od 15% zarade zaposlenih (proporcionalno odnosu 50:50 zaposleni i poslodavac), kao i samozaposlenih.

Troškovi za zdravstvo u Crnoj Gori

Javni dio ukupnih zdravstvenih troškova iznosio je 74.8% u 2006. godini. Privatni dio ukupnih zdravstvenih troškova povećao se u periodu 2004-2006. godine sa 23.6% ukupnih zdravstvenih troškova na 25.2%. Troškovi za medicinska sredstva (vanbolnička) su visoki (24% ukupnih zdravstvenih troškova), i jedan

¹² <http://www.questionnaire.gov.me/Annexes/Annex223.p>, 05.11.2010. Master plan development of health care system in Montenegro for the period 2005- 2010

¹³ Eva Zver (novembar, 2008): Projekat za unapređenje zdravstvenog sistema Crne Gore, Tehnilka pomoć u kreiranju i izradi Nacionalnih zdravstvenih računa u Crnoj Gori: Finalni izvještaj o nacionalnim zdravstvenim računima u Crnoj Gori 2004-2006

ekstremno veliki udio u tome (62%) finansiraju gotovinska plaćanja domaćinstva. Međunarodno poređenje pokazuje da je udio privatnih troškova koji čine četvrtinu ukupnih troškova zdravstva skoro jednako prosjeku za Evropsku uniju, ali je malo niži nego u pojedinim državama u regionu.

Crna Gora, sa 2.9% (2005) i 2.4% (2006) potrošnje domaćinstva koja ide na gotovinska plaćanja zdravstvenih usluga je takođe blizu prosjeka Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj- OECD (3%). Prema raspoloživim podacima, procijenjeno je da je oko 60% (59.4% u 2006) privatnih troškova za zdravstvo bilo za maloprodaju i ostale provajdere medicinske robe, 30.5% na pružaoce usluga ambulantne zdravstvene zaštite i manje od 10% za bolnice (participacije fondu socijalnog osiguranja su uključena).

Različite metode finansiranja zdravstvene zaštite (formalna i neformalna plaćanja) mogu uticati na nivo i distribuciju troškova za zdravstvo i pristup stanovništva zdravstvenim uslugama.

3. SUMARNI PREGLED REZULTATA - PACIJENTI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

3.1. Demografske karakteristike

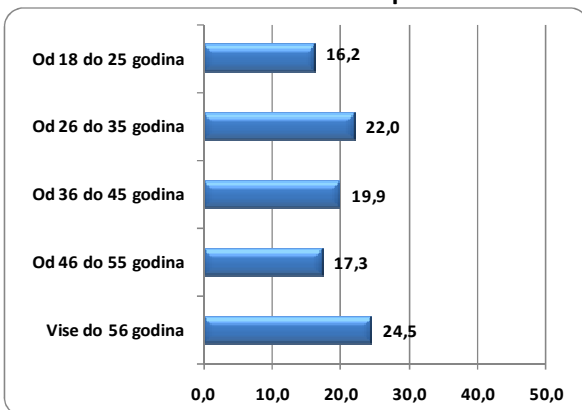
Istraživanje je sprovedeno u 17 opština, u kojima su smješteni Domovi zdravlja, a realizovano je na uzorku od 1.159 pacijenata koji su koristili primarnu zdravstvenu zaštitu tokom 2010. godine. Od ukupnog uzorka, 44,6% ispitanika živi u centralnom regionu, 35,9% u južnom, a 19,5% u sjevernog regionu.

Tabela 1. Opštine u kojima je realizovano ispitivanje

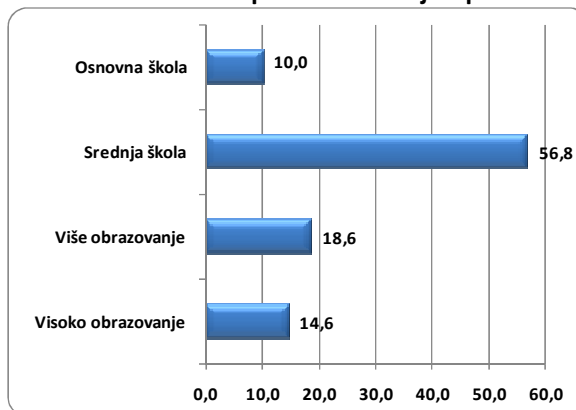
Opština	Broj ispitanika	Procentualno učešće
Podgorica	333	28,7
Herceg Novi	138	11,9
Nikšić	80	6,9
Bar	77	6,6
Budva	73	6,3
Ulcinj	66	5,7
Danilovgrad	62	5,3
Berane	47	4,1
Cetinje	42	3,6
Pljevlja	41	3,5
Kotor	40	3,5
Plav	38	3,3
Rožaje	30	2,6
Mojkovac	26	2,2
Bijelo Polje	24	2,1
Tivat	22	1,9
Kolašin	20	1,7
Ukupno	1.159	100,0

Polna struktura ispitanika je podjednako zastupljena: 52,7% žena i 47,3% muškaraca. Prosječna starost iznosi 43 godine, a najčešće su intervjuisani građani stariji od 56 godina (24,5%) i od 26 do 35 godina (22,0%). Kada je u pitanju nivo obrazovanja, svaki drugi ispitanik (56,8%) ima završenu srednju školu.

Grafik 1. Starost ispitanika

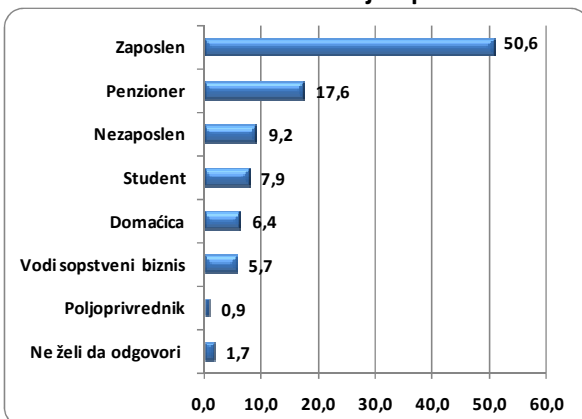


Grafik 2. Stepen obrazovanja ispitanika

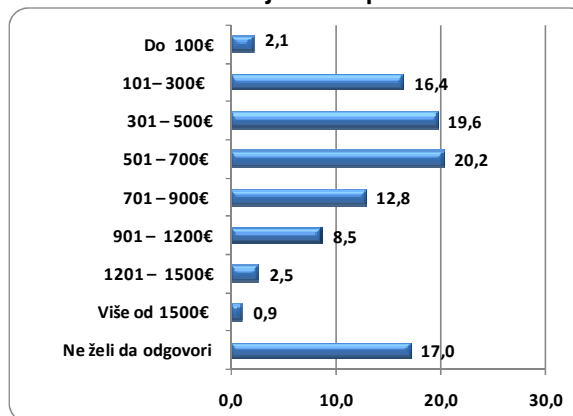


Anketirana domaćinstva najčešće broje četiri (28,3%), tri (22,4%) i pet (21,8%) članova. Za dvije trećine domaćinstava (67,0%) plata je glavni izvor prihoda. Pritom, svaki drugi ispitanik je zaposlen (50,6%), od čega 57,3% u privatnom sektoru. Za svako peto anketirano domaćinstvo visina ukupnih prihoda na nivou mjeseca se kreće u intervalu od 301 do 500€ (19,6%) i od 501 do 700€ (20,2%).

Grafik 3. Zanimanje ispitanika



Grafik 4. Visina mjesečnih prihoda domaćinstva

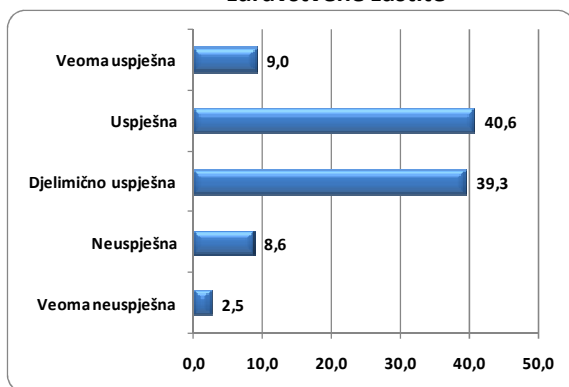
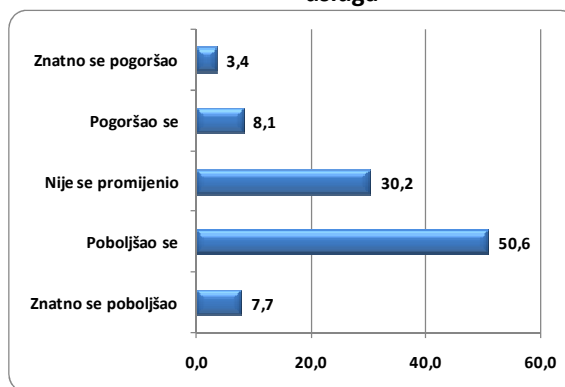


3.2. Reforma zdravstvenog sistema

2.2.1. Opšti nivo zadovoljstva dosadašnjom reformom

U pogledu uspješnosti dosadašnje reforme zdravstvenog sistema pacijenti na primarnom nivou imaju pozitivno mišljenje. Naime, dva od pet ispitanika (40,6%) ocjenjuju da je reforma zdravstvenog sistema uspješna, dok približno 39,3% smatra da je djelimično uspješna. Ispitanici iz sjevernih opština su najzadovoljniji sprovedenom reformom zdravstva, koju ocjenjuju kao veoma uspješnu (18,1%) i uspješnu (42,9%).

Prema mišljenju svakog drugog građanina (50,6%), tokom sprovođenja reforme zdravstva, kvalitet zdravstvenih usluga se poboljšao. Sa druge strane, 30,2% ispitanika smatra da je kvalitet usluga ostao isti. U skladu sa sveukupnom ocjenom sprovedene reforme za ispitanike sa sjevera poboljšanje kvaliteta je izraženije u odnosu na ispitanike iz južnih opština. Sa većim stepenom obrazovanja raste i broj ispitanika koji ocjenjuju da se kvalitet zdravstvenih usluga „poboljšao“, a smanjuje broj onih koji daju ocjenu „znatno se poboljšao“. Postoji visok stepen saglasnosti između odgovora ispitanika o dosadašnjoj reformi i promjeni kvaliteta zdravstvenih usluga. To znači da su se ispitanici koji su pozitivno ocijenili rezultate sprovedene reforme pozitivno izjasnili i o promjeni kvaliteta zdravstvenih usluga u odnosu na period prije sprovođenja reforme.

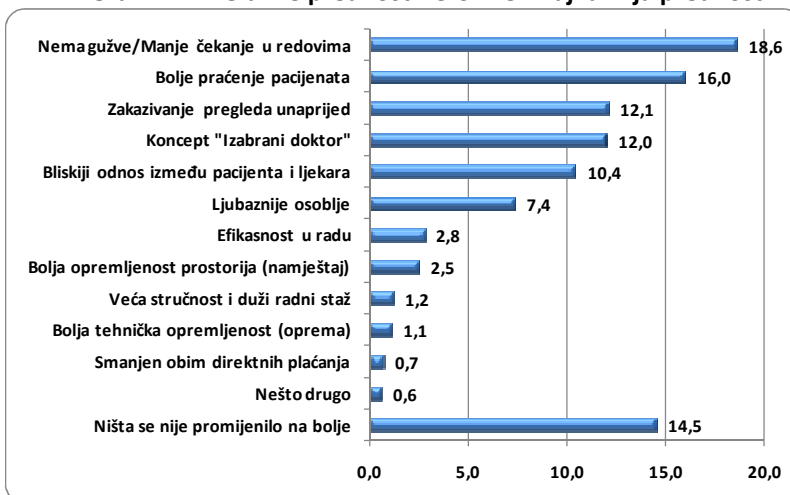
Grafik 5. Ocjena dosadašnje reforme zdravstvene zaštite**Grafik 6. Promjena kvaliteta zdravstvenih usluga**

Kao karakteristike zdravstvenog sistema koje su se poboljšale u odnosu na period prije sprovođenja reforme ispitanici su u najvećem procentu identifikovali: kvalitetniji odnos sa ljekarom koja rezultira boljom upoznatošću sa zdravstvenim stanjem i istorijom bolesti pacijenta (61,6%) i vrijeme čekanja na pregled (53,5%) koje je smanjeno uvođenjem obaveze zakazivanja pregleda unaprijed. Na osnovu dobijenih podataka može se zaključiti da je reforma zdravstvenog sistema na primarnom nivou, koja se sprovodi od 2003. godine, rezultirala pozitivnim promjenama, jer su neki od definisanih ciljeva ostvareni. Sa druge strane, sprovođenjem reforme, prema mišljenju pacijenata primarne zdravstvene zaštite, promjene se nijesu desile kada je u pitanju stručnost (64,8%) i motivacija ljekara (60,1%) i opremljenost ustanova (55,3%).

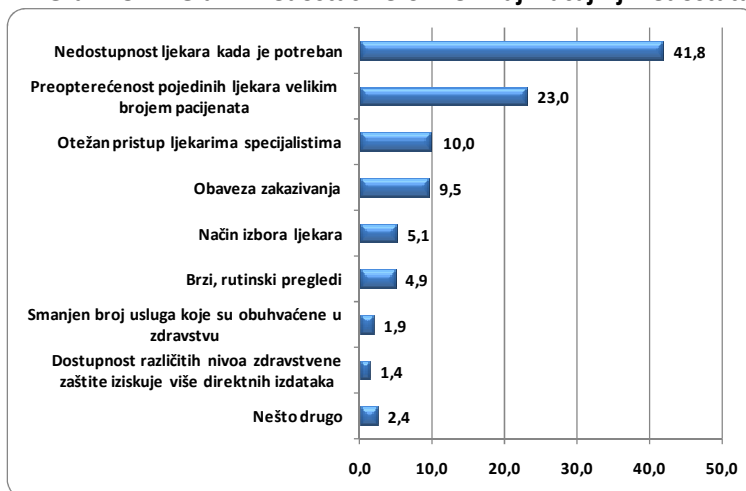
Tabela 2. Promjene karakteristika zdravstvene zaštite (%)

	Popravilo se	Pogoršalo se	Bez promjene
Kvalitetniji odnos sa ljekarom	61,6%	3,8%	34,6%
Vrijeme čekanja na pregled	53,5%	13,3%	33,2%
Vrijeme koje je na raspolaganju za razgovor sa doktorom	49,0%	8,7%	42,3%
Vrijeme koje je na raspolaganju za pregled	46,5%	9,2%	44,3%
Gužva u čekaonici	42,9%	14,7%	42,4%
Opremljenost ustanova	40,5%	4,2%	55,3%
Stručnost ljekara	31,5%	3,7%	64,8%
Dostupnost lijekova u apotekama	28,6%	17,9%	53,5%
Motivacija ljekara	28,3%	11,7%	60,1%

Kada su u pitanju glavne prednosti reforme pacijenti izdavaju manje čekanje u redovima (18,6%), bolje praćenje pacijenata/bolji uvid u njegovo zdravstveno stanje (16,0%), zakazivanje pregleda unaprijed (12,1%) i koncept „Izabrani doktor“ (12,0%) koje su doprinijele „povećanju discipline u domovima zdravlja“. Posmatrajući strukturu odgovora prema regionima, građani u centralnoj i južnoj regiji (19,5%, odnosno 21,5%), smatraju da je najveća prednost zdravstvene reforme u manjem čekanju na red, a na sjeveru (24,9%) bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenata. Od ukupnog broja anketiranih 14,5% smatra da nije bilo promjena na bolje usljed sprovođenja reforme jer je „u praksi loše sprovedena“. Navedeno mišljenje u najvećem procentu imaju ispitanici nižeg nivoa obrazovanja, sa nižim mjesečnim prihodima, nezaposlena lica i lica koja primaju socijalnu pomoć. Dobijeni rezultati istraživanja ne daju mogućnost da se utvrdi da li navedene kategorije ispitanika imaju ovakav stav zbog lošijeg materijalnog položaja, nedovoljnog nivoa informisanosti o reformi zdravstvenog sistema ili nečeg drugog.

Grafik 7. Glavne prednosti reforme - najvažnija prednost

Prema mišljenju građana, reforma zdravstvenog sistema je zbog obaveze zakazivanja pregleda unaprijed „učinila“ nedostupnim ljekare kada je najpotrebniji pacijentima (41,8%) što je bila karakteristika prethodnog sistema pružanja zdravstvene zaštite. Ovaj nedostatak najčešće navode ispitanici južnog regiona (49,0%), domaćice (50,0%), ispitanici čiji je glavni izvor prihoda socijalna pomoć (55,6%) i oni sa najvećim mjesečnim prihodima, više od 1.500€, (63,6%). Takođe, ovo je glavni nedostatak za ispitanike koji su nezadovoljni postignutim rezultatima reforme. Nadalje, kao glavne nedostatke reforme pacijenti navode i preopterećenost pojedinih ljekara velikim brojem pacijenata (23,0%) i otežan pristup ljekarima specijalistima (10,0%) u odnosu na period prije sprovođenja reforme.

Grafik 8. Glavni nedostaci reforme - najznačajniji nedostatak

2.2.2. Problemi u zdravstvu

Prema mišljenju anketiranih pacijenata na primarnom nivou, najurgentniji problem sa kojim se trenutno suočava zdravstveni sistem je nemotivisanost ljekara (17,8%). U odnosu na raniji period funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite u ovom segmentu nije došlo do poboljšanja sprovođenjem reforme zdravstvenog sistema. Detaljnija analiza prema regionu pokazuje da se problemi u zavisnosti od regiona razlikuju. Naime, najznačajniji problem zdravstvenog sistema u centralnom regionu je nemotivisanost ljekara, u sjevernom nestašica lijekova u apotekama, a u južnom loši uslovi za rad. Polazeći od zadovoljstva

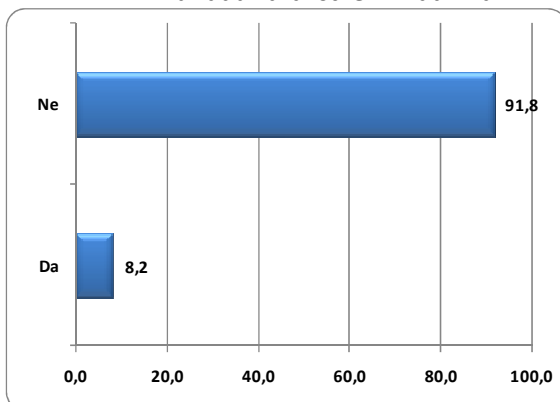
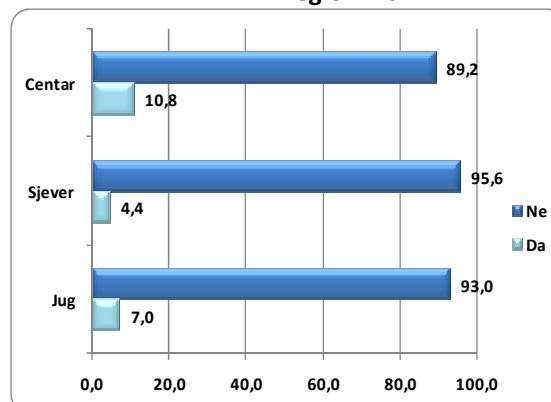
postignutim rezultatima reforme uočava se da sa opadanjem nivoa zadovoljstva raste i broj ispitanika koji identifikuju nemotivisanost ljekara kao problem čijem rješavanju treba odmah pristupiti. Pored navedenih problema, građani su navodili da se zdravstveni sistem u Crnoj Gori suočava i sa nedovoljnom opremljenošću ustanova (6,6%), niskim primanjima zdravstvenih radnika (6,5%) i zastarjelom opremom (6,0%).

Tabela 3. Najurgentniji problem zdravstvenog sistema (%)

	Crna Gora	Centar	Sjever	Jug
Nemotivisani ljekari	17,8	22,4	12,8	14,7
Kvalifikovanost i obučenosť ljekara	14,8	17,8	9,7	13,7
Nestašica ljekova u apotekama	12,3	10,8	13,3	13,5
Loši uslovi za rad	12,0	5,8	11,9	19,7
Nedovoljna opremljenost ustanova	6,6	4,4	8,8	7,9
Niska primanja zdravstvenih radnika	6,5	7,0	8,4	4,8
Zastarjela oprema	6,0	3,1	6,2	9,6

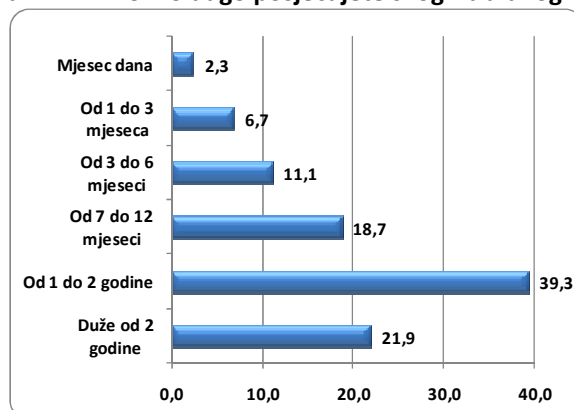
Sa ciljem sagledavanja mišljenja o načinu prevazilaženja navedenih problema, građani su imali mogućnost da navedu šta je potrebno uraditi da bi se unaprijedio postojeći zdravstveni sistem u Crnoj Gori. Ispitanici su uglavnom navodili da bi se nemotivisanost zdravstvenih radnika prije svega mogla riješiti povećanjem njihovih primanja (14,5%), uvođenjem adekvatnog sistema nagrađivanja i napredovanja i nematerijalnih oblika motivacije (6,6%) – uslovi rada, mogućnost usavršavanja, itd. Skoro svaki peti ispitanik (19,0%), navodi da je potrebno poboljšati tehničku opremljenost ustanova pod kojom podrazumijevaju kupovinu savremenih aparata i opreme koja bi doprinijela „manjim gužvama“ i „preciznijim i tačnijim rezultatima analiza“. Pod ulaganjem u stručnost zdravstvenih radnika, ispitanici su podrazumijevali specijalizaciju i dodatno obučavanje zdravstvenih radnika, kao i zapošljavanje ili angažovanje stručnijih ljekara (9,3%). Takođe, značajan broj ispitanika smatra da je potrebno posvetiti više pažnje pacijentima ljubaznijim ophođenjem prema njima i pristupačnijim odnosom između ljekara i pacijenata (8,2%), jer „doktori rade privatno i nijesu najbolje raspoloženi kada rade u domovima zdravlja i bolnicama“.

Na pitanje da li su u posljednjih godinu dana imali negativnih posljedica zbog propusta u radu zdravstvenih radnika, devet od deset ispitanika (91,8%) navodi da se nije našlo u takvoj situaciji. Sa druge strane, 8,2% građana navodi da su imali negativnih posljedica prilikom liječenja u zdravstvenim ustanovama. Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanici iz centralnog regiona češće imali negativna iskustva od ispitanika sa sjevera. Na osnovu dobijenih rezultata može se utvrditi da su ispitanici negativne posljedice u najvećem broju slučajeva imali zbog brzih i rutinskih pregleda i otežanog pristupa ljekarima specijalistima. Prisustvo negativnih posljedica presudno utiče i na mišljenje ispitanika o uspješnosti sprovedene reforme zdravstvenog sistema. U najvećem broju slučajeva, ispitanici koji su imali negativno iskustvo, prilikom liječenja u zdravstvenim ustanovama, navode da se njihovo zdravstveno stanje pogoršalo (45,5%) ili odužilo (18,2%) usljed pogrešne dijagnoze, odnosno nestručnosti ljekara.

Grafik 9. Negativne posljedice zbog propusta u radu zdravstvenih radnika**Grafik 10. Negativne posljedice prema regionima**

3.3. Izabrani lekar

Jedno od prepoznatljivih obilježja sprovođenja reforme zdravstvenog sistema je „Koncept izabranog lekara“, koji je počeo da se primjenjuje od januara 2008. godine. Prema dobijenim rezultatima, dvije petine ispitanika (39,3%) posjećuje svog izabranog lekara do dvije godine. Svaki peti ispitanik (21,9%) je naveo da posjećuje izabranog lekara duže od 2 godine. Ovaj koncept su najprije prihvatili ispitanici sa osnovnim i srednjim obrazovanjem, penzioneri i poljoprivrednici. Dužina posjećivanja izabranog lekara utiče na stav ispitanika o reformskim procesima u zdravstvenom sistemu. Iz navedenog razloga sa protokom vremena od izbora izabranog lekara raste i spremnost ispitanika da reformu ocjenjuju pozitivno.

Grafik 11. Koliko dugo posjećujete svog izabranog lekara?

Ispitanici su ocjenjivali različite segmente modela izabranog lekara na način da procijene u kojoj mjeri se navedene karakteristike odnose na njihovog izabranog lekara. Pri ocjenjivanju je korišćena sljedeća skala: 1 – nikad, 2 – ponekad, 3 – često i 4 – uvijek. Prema dobijenim rezultatima, pacijenti su najzadovoljniji sa ljubaznošću izabranog lekara (prosječna ocjena 3,36), njihovom posvećenošću poslu (prosječna ocjena 3,30) i stručnošću (prosječna ocjena 3,26). Analizom dobijenih rezultata može se zaključiti da, iako ispitanici navode da je najveći problem u zdravstvenom sistemu nemotivisanost lekara, svog izabranog doktora smatraju dovoljno stručnim i posvećenim. U skladu sa navedenim je i podatak da su ispitanici više nego često zadovoljni činjenicom što su pacijenti svog izabranog lekara (prosječna ocjena 3,15).

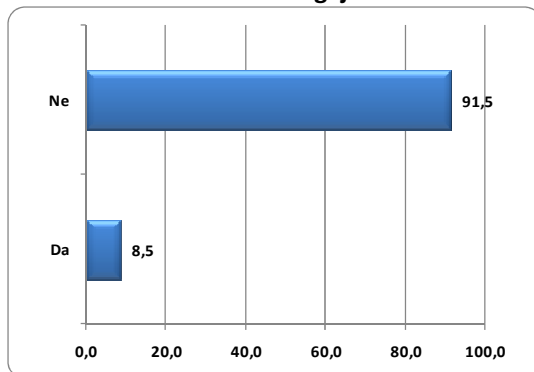
Sa druge strane, ispitanici ocjenjuju da nijesu dovoljno uključeni u donošenje odluka o njihovom budućem liječenju (2,83), da ne postoji isti tretman prema svim pacijentima (2,87) i da nemaju dovoljno vremena za postavljanje dodatnih pitanja tokom pregleda (2,92).

Tabela 4. Kakvo mišljenje imate o Vašem izabranom ljekaru? (srednje vrijednosti)

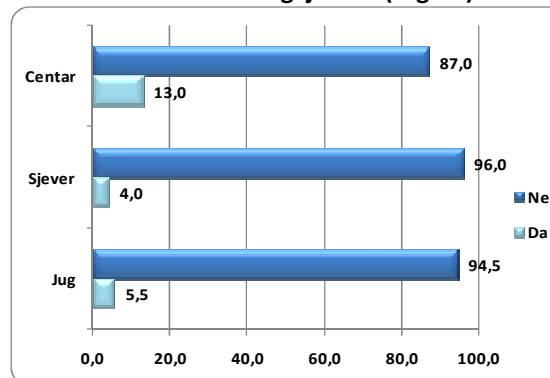
	Crna Gora	Centar	Sjever	Jug
Ljubaznost ljekara	3,36	3,38	3,54	3,24
Posvećenost poslu	3,30	3,28	3,42	3,25
Stručnost ljekara	3,26	3,21	3,46	3,20
Uspješnost u postavljanju dijagnoze	3,20	3,19	3,40	3,10
Pružanje potrebnih informacija o liječenju	3,15	3,14	3,28	3,09
Dovoljno vremena za dodatna pitanja	2,92	2,94	2,93	2,90
Isti tretman prema svim pacijentima	2,87	2,99	3,08	2,62
Uključenost u donošenje odluka o liječenju	2,83	2,85	2,92	2,75

U prilog činjenici da su pacijenti primarne zaštite zadovoljni izabranim ljekarom ide i podatak da devet od deset ispitanika (91,5%) navodi da je izabrani ljekar ostao isti. Detaljnija analiza prema regionima pokazuje da su ispitanici centralnog regiona češće mijenjali izabranog ljekara od ostalih ispitanika, i to uglavnom zbog promjene mjesta prebivališta. Ispitanici sjevernog i južnog regiona kao najčešći razlog promjene izabranog ljekara navode loš odnos prema pacijentu.

Grafik 12. Da li ste do sada mijenjali izabranog ljekara?



Grafik 13. Da li ste do sada mijenjali izabranog ljekara (region)?



Kada su u pitanju prednosti modela izabranog ljekara, pacijenti najčešće izdvajaju bolju upućenost ljekara u tok bolesti (23,6%), njihovu veću posvećenost pacijentima (19,0%), kao i ljubaznost zdravstvenih radnika – ljekari i medicinsko osoblje (13,6%). Detaljnija analiza prema regionu pokazuje da su ispitanici sjevernog i južnog regiona saglasni sa navedenim, dok ispitanici centralnog regiona među prve tri prednosti modela navode i smanjeno vrijeme čekanja na pregled koji je rezultat prethodnog zakazivanja.

Tabela 5. Najveći nivo zadovoljstva kada je u pitanju model izabranog ljekara (%)

	Crna Gora	Centar	Sjever	Jug
Bolja upućenost u tok bolesti	23,6	22,2	26,8	23,5
Veća posvećenost pacijentima	19,0	19,5	18,2	18,8
Ljubaznost ljekara/medicinskog osoblja	13,6	11,3	13,2	16,7
Smanjeno vrijeme čekanja na pregled	12,3	15,3	10,8	9,4

Sa druge strane, pacijenti primarne zdravstvene zaštite su najmanje zadovoljni nedostupnošću ljekara kada im je potreban (21,8%), nepoštovanjem zakazanog termina (13,8%) i obaveznim zakazivanjem pregleda (10,1%). U cilju prevazilaženja navedenih problema dešava se da pacijenti zakazuju pregled i kada nemaju potrebu za njim, „svakog ponedjeljka zakazujem kod izabranog doktora, jer ne znam kada ću biti bolestan“. Dodatni problem nastaje ukoliko pregled treba zakazati telefonskim putem, jer je to „nemoguće učiniti, pošto se danima ne javljaju na telefon“. Njihovom nezadovoljstvu doprinosi i činjenica da ukoliko „je izabrani ljekar pacijenta odsutan, niko drugi neće da ga primi na pregled“. Takođe, pacijenti imaju primjedbe i na mogućnost izbora ljekara, jer u slučaju da je „ljekar kojeg pacijent želi ima prevelik broj pacijenata, on ga ne može izabrati za svog izabranog ljekara“. Da bi se uočeni nedostaci otklonili pacijenti predlažu da se „jasno definišu obaveze izabranog doktora, jer je dostupan samo kada on želi da primi pacijente, pa su prinuđeni da idu u hitnu ili privatno“. Pošto je jedan od glavnih ciljeva uvođenja modela izabranog ljekara učiniti zdravstvenu zaštitu pristupačnijom i dostupnijom za veći broj građana, potrebno je raditi na daljoj edukaciji i upoznavanju i medicinskog osoblja i pacijenata o osnovnoj ulozi, ciljevima i razumijevanju ovog modela.

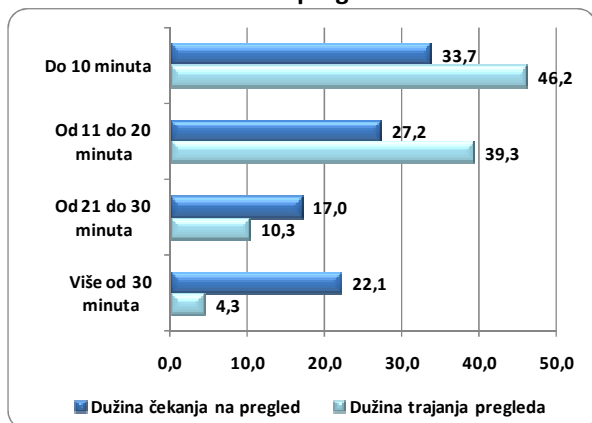
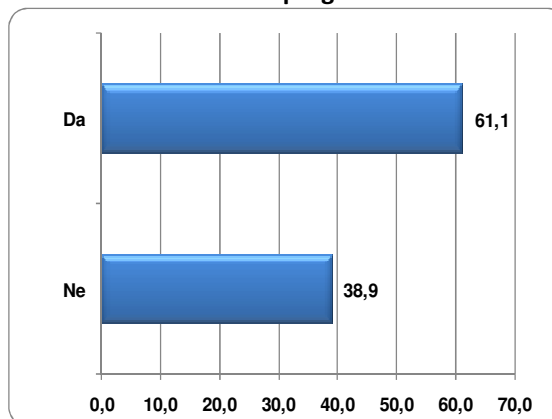
Tabela 6. Najmanji nivo zadovoljstva kada je u pitanju model izabranog ljekara

	Crna Gora	Centar	Sjever	Jug
Nedostupnost ljekara kada je potreban	21,8%	20,1%	21,1%	24,3%
Nepoštovanje zakazanog termina	13,8%	14,6%	12,9%	13,3%
Obaveza zakazivanja pregleda	10,1%	8,7%	5,7%	14,0%

Kada je u pitanju čekanje na pregled kod izabranog ljekara, šest od deset ispitanika (60,9%) tokom posljednje posjete nije čekalo duže od 20 minuta. Svaki treći ispitanik (33,7%) je najduže čekao na pregled do 10 minuta. Za skoro svakog drugog ispitanika (46,2%) poslednji pregled je trajao do 10 minuta. Prosječno vrijeme čekanja iznosi 23 minuta, a trajanje pregleda 13 minuta. Prema raspoloživim podacima pregledi na primarnom nivu zdravstvene zaštite u prosjeku traju od 15 do 20 minuta. Razlozi za potcjenjivanje vremena trajanja pregleda nijesu bili predmet ovog istraživanja, ali postoji mogućnost da ispitanici računaju samo efektivno vrijeme pregleda, bez računanja vremena koje je potrebno da se trenutno zdravstveno stanje pacijenta unese u njegov elektronski karton i u skladu sa tim prepíše adekvatna terapija, što pacijenti najčešće komentarišu da se „više vremena potroši na tipkanje na računaru nego na pregled“.

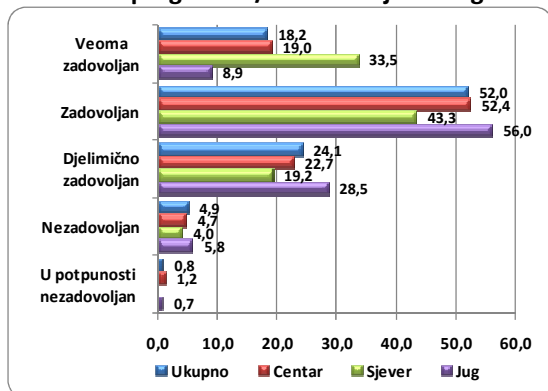
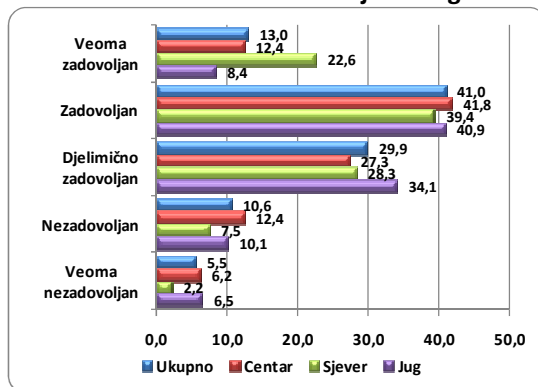
U skladu sa brojem pacijenata po regijama, na sjeveru pacijenti u prosjeku kraće čekaju na pregled u odnosu na centralni i južni region. Manje vrijeme čekanja na pregled rezultira i najčešćim navođenjem kao glavne prednosti reforme „manje čekanje u redovima“, što je bio čest slučaj prije sprovođenja reforme. U pozitivnoj korelaciji su vrijeme čekanja na pregled i nivo zadovoljstva reformom, pa oni koji manje čekaju na pregled pozitivnije ocjenjuju rezultate reforme. Na pregled manje čekaju pacijenti koji unaprijed zakažu pregled kod izabranog ljekara. To je u skladu i sa funkcionisanjem ovog modela, gdje prednost imaju upravo pacijenti koji su unaprijed zakazali pregled. Uočeni nedostaci mogli bi se ukloniti sprovođenjem javnih kampanja u cilju podizanja nivoa svijesti građana, tj. sticanja kulture i navike da se pregledi unaprijed zakazuju. Takođe, pored ličnog i telefonskog načina, poželjno je učiniti dostupnim i druge vidove zakazivanja (on-line, telefonska sekretarica itd.).

Dva od tri ispitanika (61,1%) su prethodno zakazali pregled kod izabranog ljekara i to najčešće jedan (42,1%) ili dva dana (23,9%) prije pregleda.

Grafik 14. Dužina čekanja na pregled i trajanja pregleda**Grafik 15. Da li ste prethodno zakazali pregled?**

Sa pregledom, odnosno konsultacijom kod izabranog ljekara, zadovoljan je svaki drugi ispitanik (52,0%), dok je njih 24,1% djelimično zadovoljno. Ispitanici sjevernog regiona izražavaju najveći stepen zadovoljstva pregledom kod izabranog ljekara u odnosu na druge dvije regije. Nivo zadovoljstva je usko povezano sa obrazovnim profilom i materijalnom situacijom anketiranih pacijenata. Stoga, obrazovaniji i ispitanici sa većim mjesečnim prihodima izražavaju i veći stepen zadovoljstva obavljenim konsultacijama kod izabranog ljekara. Ukoliko pacijenti imaju pozitivno mišljenje o izabranom ljekaru (posvećenost poslu i stručnost) pozitivno se izjašnjavaju i o zadovoljstvu obavljenim pregledom. Takođe, pozitivno su korelisana mišljenja ispitanika o rezultatima reforme i zadovoljstvu pregledom kod izabranog ljekara. Na stepen zadovoljstva pregledom utiče i vrijeme čekanja, pa su ispitanici koji su duže čekali na pregled skloniji davanju negativnijih ocjena.

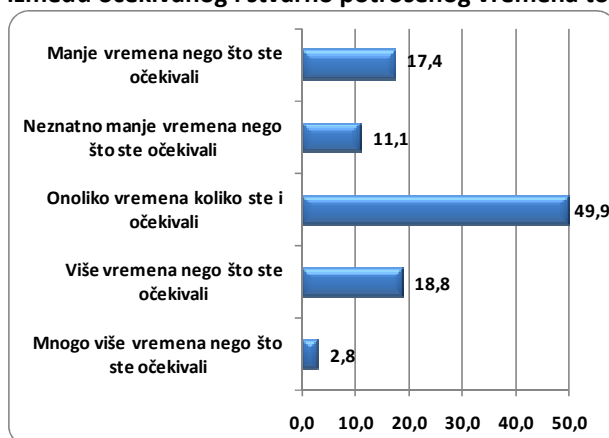
Prema dobijenim rezultatima, četiri od deset ispitanika (41,0%) su zadovoljni komunikacijom sa medicinskim osobljem. Kao i u slučaju sa zadovoljstvom pregleda kod izabranog ljekara, ispitanici sjevernog regiona najzadovoljniji su sa komunikacijom sa medicinskim osobljem.

Grafik 16. Zadovoljstvo pregledom/konsultacijom i region**Grafik 17. Zadovoljstvo komunikacijom sa medicinskim osobljem i region**

Kada je u pitanju trajanje pregleda, polovina ispitanika (49,9%) smatra da je trajao onoliko vremena koliko su i očekivali. Ispitanici sa nižim mjesečnim prihodima procjenjuju da su tokom posljednje posjete domovima zdravlja potrošili više vremena nego što su očekivali. Kao i u prethodnim slučajevima, uočava se trend da ispitanici koji su potrošili manje vremena nego što su očekivali imaju pozitivniji stav prema

reformi. Takođe, negativniji odnos između očekivanog i potrošenog vremena utiče na povećanje nivoa nezadovoljstva pacijenata pregledom/konsultacijom kod izabranog ljekara.

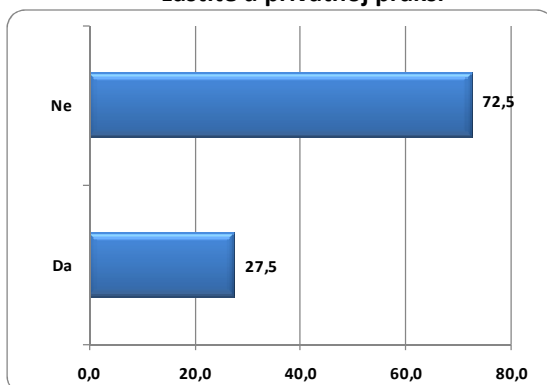
Grafik 18. Odnos između očekivanog i stvarno potrošenog vremena tokom posljednje posjete



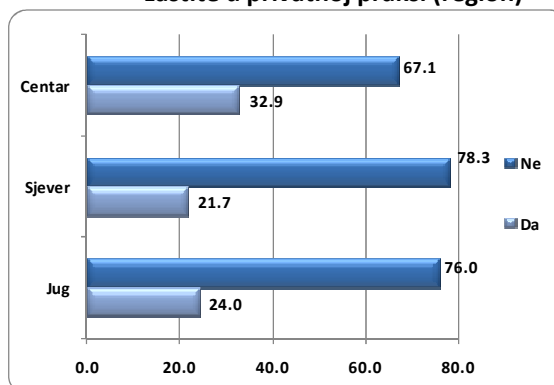
3.4. Privatna zdravstvena zaštita

U posljednjih godinu dana, većina ispitanika (72,5%) nije koristila usluge zdravstvene zaštite u privatnoj praksi. Sa druge strane, nešto više od jedne četvrtine ispitanika (27,5%) je koristilo usluge privatnih zdravstvenih ustanova i to najčešće jedan (34,0%), dva (29,1%) ili tri (10,2%) puta. Detaljnijom analizom prema regionima, uočava se da je korišćenje usluga zdravstvene zaštite u privatnoj praksi češće u centralnom regionu u odnosu na ostale. Pritom, šest od deset ispitanika koji posjećuju privatne zdravstvene ustanove su žene. Postoji visok stepen saglasnosti između nivoa prihoda, obrazovanja i korišćenja privatne zdravstvene zaštite, tako da ispitanici sa većim prihodima i stepenom obrazovanja više koriste zdravstvene usluge privatne prakse, u odnosu na ostale kategorije ispitanika. Sa stepenom zadovoljstva sprovedenom reformom i izabranim ljekarom opada broj ispitanika koji su se tokom 2010. godine liječili u privatnim ordinacijama, iako su imali pravo na liječenje u javnim zdravstvenim ustanovama. Pored navedenih karakteristika pacijenata, uočava se da se za liječenje u privatnoj praksi najčešće opredjeljuju pacijenti koji su kao glavne nedostatke reforme javnog zdravstvenog sistema identifikovali: dostupnost različitim nivoima zdravstvene zaštite iziskuje više direktnih izdataka/plaćanja, brzi i rutinski pregledi, otežan pristup ljekarima specijalistima i način izbora ljekara.

Grafik 19. Korišćenje usluge zdravstvene zaštite u privatnoj praksi

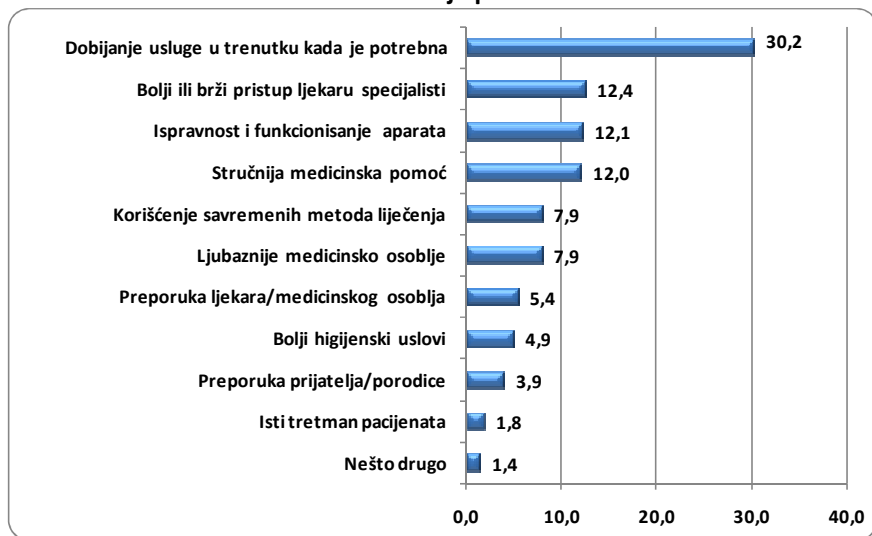


Grafik 20. Korišćenje usluge zdravstvene zaštite u privatnoj praksi (region)



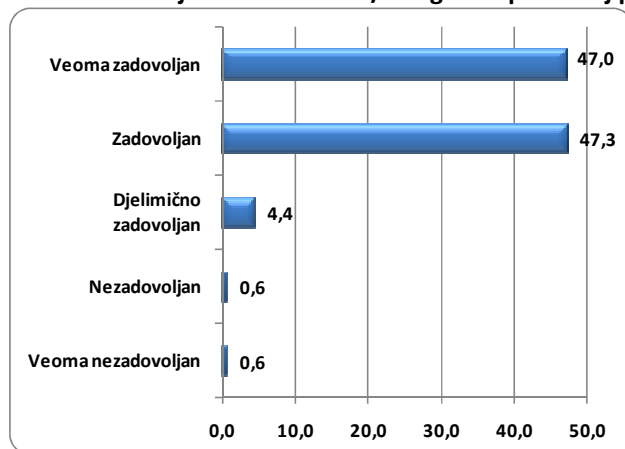
Svaki drugi ispitanik (56,1%) je ljekara u privatnoj praksi posjetio zbog pregleda, svaki peti (20,9%) zbog laboratorijskih nalaza, a svaki deseti (12,6%) zbog radiološke dijagnostike. Može se zaključiti da su pacijenti koristili usluge zdravstvene zaštite u privatnoj praksi koje su pokrivene zdravstvenim osiguranjem i koje su sastavni dio paketa javne zdravstvene usluge. Dodatna plaćanja za navedene usluge, koja utiču na smanjenje mjesečnih primanja, anketirani pacijenti najčešće opravdavaju dobijanjem usluge u trenutku kada im je potrebna (30,0%). Ovaj razlog je dominantan za ispitanike sa većim stepenom obrazovanja i boljom materijalnom situacijom, kao i one koji su manje zadovoljni procesom reforme zdravstvenog sistema i izabranim ljekarom. S obzirom da je jedan od najvažnijih zadataka sprovođenja reforme zdravstvenog sistema učiniti zdravstvenu zaštitu dostupnom što većem broju pacijenta, u sprovođenju daljih reformskih aktivnosti potrebno je veću pažnju posvetiti otklanjanju uočenih nedostataka.

Grafik 21. Razlozi korišćenja privatne zdravstvene zaštite



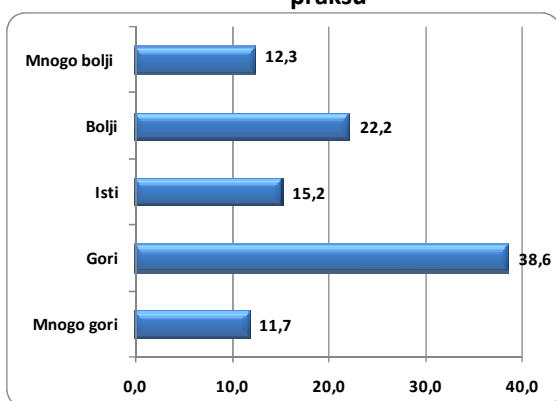
Visok procenat ispitanika koji su tokom 2010. godine koristili uslugu zdravstvene zaštite u privatnoj praksi imaju pozitivno mišljenje o dobijenim uslugama. Naime, 47,0% ispitanika je veoma zadovoljno, a 47,3% zadovoljno tretmanom/uslugom u privatnoj praksi. Upoređujući rezultate o zadovoljstvu u privatnoj i javnoj praksi, ispitanici koji koriste privatnu praksu izražavaju veći nivo zadovoljstva pruženom uslugom u privatnoj u odnosu na javnu zdravstvenu zaštitu.

Grafik 22. Zadovoljstvo tretmanom/uslugom u privatnoj praksi

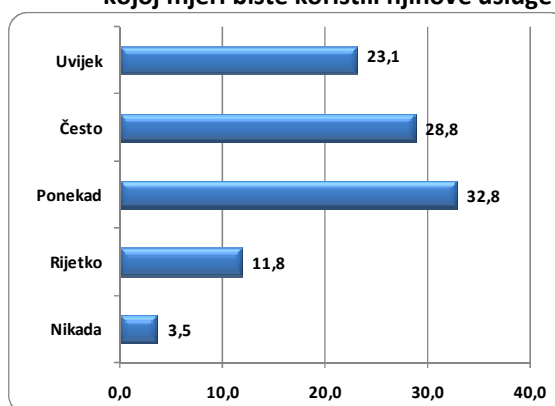


Kada je u pitanju odnos zdravstvenih radnika prema pacijentima u javnoj u odnosu na privatnu zdravstvenu zaštitu, mišljenja polovina ispitanika odnos doktora/medicinskog osoblja u javnoj praksi ocjenjuju kao gori (38,6%) i mnogo gori (11,7%) u odnosu na privatnu. Sa druge strane, svaki peti ispitanik (22,2%) smatra da daje prednost javnom zdravstvenom sistemu. U skladu sa navedenim je i podatak da bi više od polovine ispitanika (51,9%), u slučaju da postoji mogućnost da zdravstveno osiguranje pokrije troškove liječenja u privatnoj praksi, ovu mogućnost koristili uvijek (23,1%) i često (28,8). Najčešći razlog korišćenja ove mogućnosti za 45,4% ispitanika ogleda se u tome što bi dobili zdravstvenu zaštitu u trenutku kada im je potrebna. Navedene podatke treba posmatrati u kontekstu planiranog uključivanja privatnih kapaciteta u mrežu javne zdravstvene službe, kroz mogućnost zaključivanja ugovora o pružanju zdravstvenih usluga osiguranim licima između privatnih zdravstvenih ustanova i Fonda za zdravstveno osiguranje.

Grafik 23. Odnos doktora/medicinskog osoblja u javnoj u odnosu na privatnu praksu



Grafik 24. Da Vam se zdravstvenim osiguranjem pokriju troškovi liječenja u privatnoj praksi u kojoj mjeri biste koristili njihove usluge?



4. SUMARNI PREGLED REZULTATA – PACIJENTI KOJI SU BORAVILI U BOLNICI

Anketiranje bolničkih pacijenata sprovedeno je s ciljem uvida u njihove stavove o funkcionisanju zdravstvenog sistema, kao i sagledavanja njihovog iskustva po pitanju plaćanja medicinskih usluga. U nastavku poglavlja su prikazane osnovne informacije o anketiranim pacijentima i nalazi istraživanja za ovu ciljnu grupu ispitanika.

4.1. Demografske karakteristike

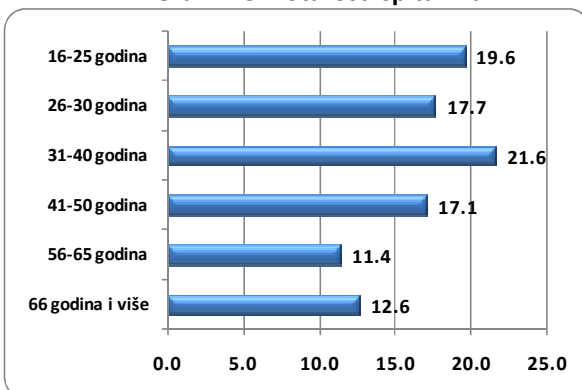
Istraživanjem je obuhvaćeno 3.000 pacijenata u osam crnogorskih opština. Anketiranje je sprovedeno u Kliničkom centru Crne Gore, sedam opštih i tri specijalne bolnice. Svaki peti pacijent (19,7%) je u trenutku anketiranja upravo bio otpušten iz bolnice, dok su ostali (80,3%) bili hospitalizovani tokom 2010. godine. Kada je u pitanju zdravstvena ustanova u kojoj su ovi pacijenti bili hospitalizovani, skoro svaki drugi (47,0%) je naveo Klinički centar Crne Gore, svaki deseti Opštu bolnicu u Baru i Beranama (po 8,6%), dok je anketiranje pacijenata koji su bili smješteni u ostalim opštim i specijalnim bolnicama, zastupljeno u nešto manjem procentu. Navedena distribucija anketiranih prema bolnicama je stratifikovana u skladu sa brojem pacijenata u prvoj polovini 2010. godine.

Tabela 7. Bolnice u kojima su ispitanici hospitalizovani

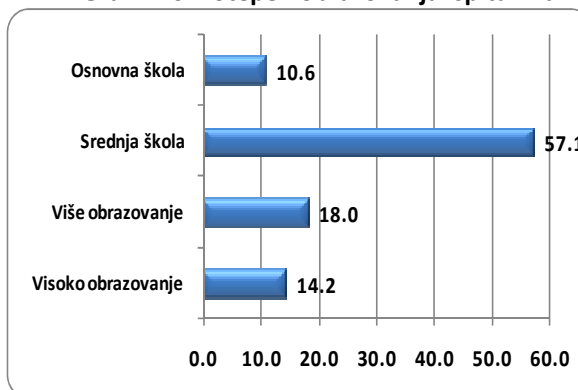
Naziv bolnice	Broj ispitanika	Procentualno učešće
Klinički centar Crne Gore	1.410	47,0
Opšta bolnica Bar	257	8,6
Opšta bolnica Berane	258	8,6
Opšta bolnica Bijelo Polje	160	5,3
Opšta bolnica Cetinje	89	3,0
Opšta bolnica Kotor	216	7,2
Opšta bolnica Nikšić	277	9,2
Opšta bolnica Pljevlja	112	3,7
Specijalna bolnica Brezovik	92	3,1
Specijalna bolnica Kotor	18	0,6
Specijalna bolnica Risan	111	3,7
Ukupno	3.000	100,0

Uvidom u demografske karakteristike anketiranih pacijenata, došlo se do saznanja da su dvije trećine (65,4%) pripadnice ženskog pola. Starosna struktura ispitanika dosta je raznolika, dok u obrazovnoj strukturi dominiraju pacijenti sa srednjoškolskim obrazovanjem (57,1%), što je i prikazano na graficima koji slijede.

Grafik 25. Starost ispitanika

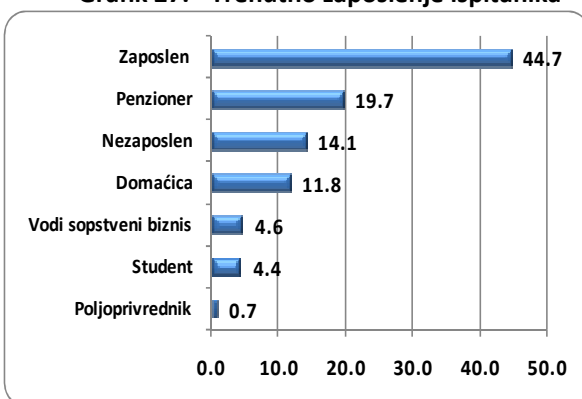


Grafik 26. Stepen obrazovanja ispitanika

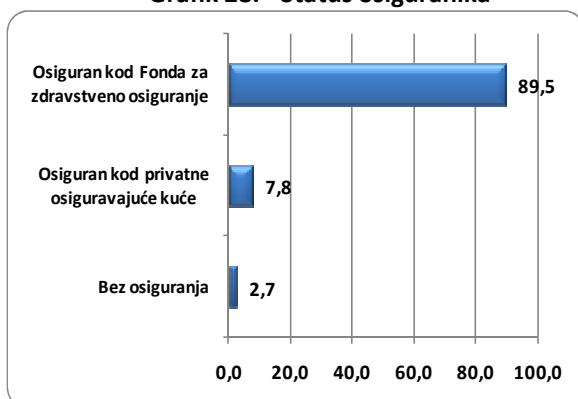


Kada je radni status anketiranih pacijenata u pitanju, četiri od devet pacijenata (44,7%) je zaposleno, pri čemu je broj zaposlenih u privatnoj kompaniji nešto veći u odnosu na zaposlene u državnoj instituciji/kompaniji.

Grafik 27. Trenutno zaposlenje ispitanika

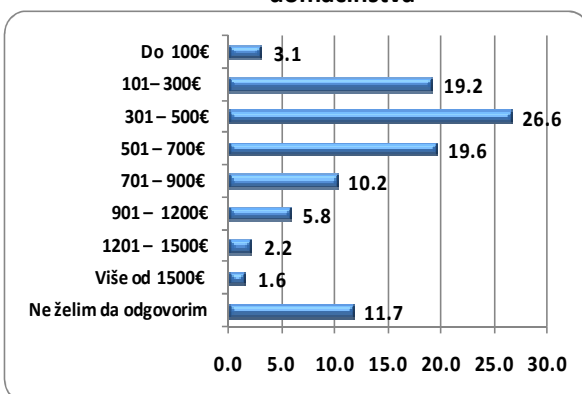


Grafik 28. Status osiguranika

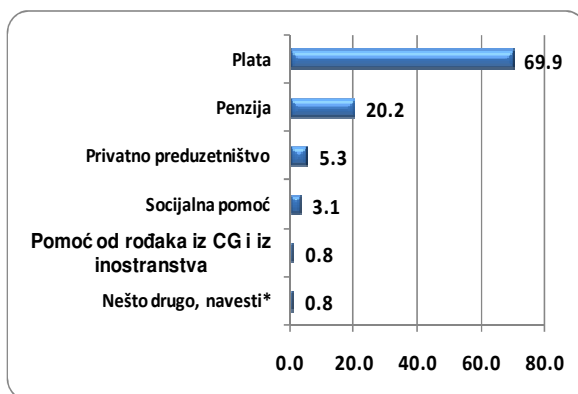


Svaki drugi pacijent potiče iz četvoročlanog ili petočlanog domaćinstva, a kao glavni izvor prihoda u domaćinstvima anketiranih pacijenata, u najvećem broju slučajeva se navodi plata (69,9%) i penzija (20%). Kada je u pitanju visina ukupnih mjesečnih prihoda domaćinstva, u strukturi uzorka su najprisutnija domaćinstva koja ostvaruju 301-500 € (26,6%), odnosno 501-700€ (19,6%).

Grafik 29. Ukupni mjesečni prihod domaćinstva



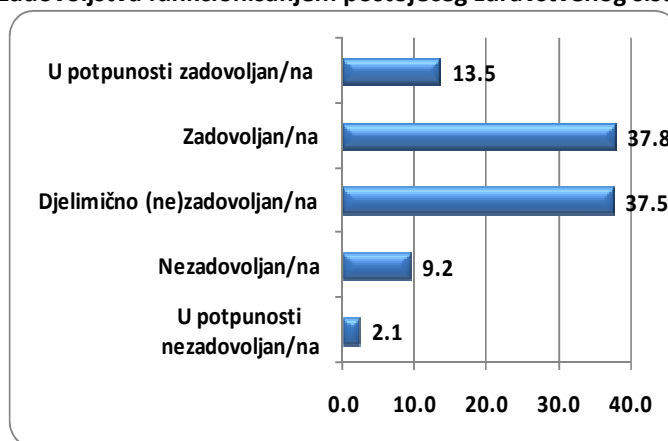
Grafik 30. Glavni izvor prihoda domaćinstva



4.2. Stavovi bolničkih pacijenata o trenutnom zdravstvenom sistemu

Ukoliko se posmatra stepen zadovoljstva funkcionisanjem postojećeg zdravstvenog sistema u Crnoj Gori, ispitanici su generalno zadovoljni. Više od polovine ispitanih bolničkih pacijenata (51,3%) je zadovoljno¹⁴ funkcionisanjem postojećeg zdravstvenog sistema. Neutralan stav po ovom pitanju ima 37,5% anketiranih. Tek svaki deveti ispitanik (9,2%) je izrazio nezadovoljstvo. Kod ispitanika na sjeveru i jugu je prisutan veći nivo zadovoljstva, nego kod ispitanika iz centralnog dijela po ovom pitanju.

Grafik 31. Stepen zadovoljstva funkcionisanjem postojećeg zdravstvenog sistema u Crnoj Gori



Pacijenti su bili u prilici da navedu koji je, po njihovom mišljenju, najurgentniji problem sa kojim se zdravstveni sistem suočava, i tom prilikom su mogli da biraju između 20 ponuđenih odgovora, ili da eventualno navedu neki drugi. Analizom njihovih odgovora, došlo se do saznanja da se nemotivisanost (18,6%) i nekvalifikovanost ljekara (16,0%), kao i duga čekanja na medicinsku njegu (13,8%) percipiraju kao najurgentniji problemi. Previše zaposlenih je problem sa kojim se suočava zdravstveni sistem za najmanji broj anketiranih (0,2%). Za pacijente iz opština koje pripadaju centralnom dijelu najveći problem predstavlja nemotivisanost ljekara. U južnim opštinama, pored navedenog, izdvaja se i kvalifikovanost i obučenost ljekara. Pacijenti iz sjevernih opština kao najveći problem izdvajaju čekanja i redove. Sa rastom nivoa obrazovanja i mjesečnih prihoda domaćinstva anketiranih pacijenata povećava se značaj problema nemotivisanih i kvalifikovanih ljekara, a sve manji problem predstavlja čekanje u redovima.

Tabela 8. Najurgentniji problem sa kojim se zdravstveni sistem suočava

Problemi	Broj odgovora	Procentualno učešće
Nemotivisani ljekari	556	18,6
Kvalifikovanost i obučenost ljekara	480	16,0
Čekanje, redovi	413	13,8
Loši radni uslovi (radno vrijeme, radni prostor)	296	9,9
Nedovoljna opremljenost ustanova	243	8,1
Nedovoljno efikasne usluge	197	6,6
Primanja zdravstvenih radnika	188	6,3
Zastarjela oprema	157	5,2

¹⁴ U potpunosti zadovoljan + Zadovoljan

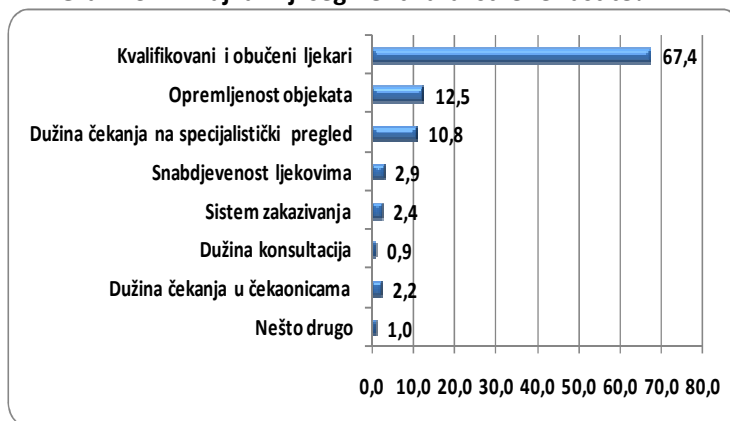
Nestašica lijekova u apotekama	94	3,1
Nedovoljno vremena za pregled i razgovor	76	2,5
Velika direktna plaćanja za korišćenje usluga	45	1,5
Loša koordinacija službi unutar zdravstvenog sistema	44	1,5
Nedostatak saradnje između privatne i javne zdravstvene zaštite	39	1,3
Dugo radno vrijeme medicinskog osoblja	35	1,2
Male, prebukirane čekaonice	29	1,0
Obiman administrativni rad	16	0,5
Profesionalni status zdravstvenih radnika	11	0,4
Često mijenjanje ljekara	11	0,4
Previše zaposlenih	7	0,2
Nešto drugo	58	1,9
Suma	2.995	100,0

Da bi se unaprijedio postojeći sistem zdravstvene zaštite u Crnoj Gori pacijenti su u najvećem broju slučajeva navodili mjere koje bi poboljšale materijalne i tehničke uslove rada zaposlenih u javnom zdravstvenom sistemu, „*ako privatne ordinacije rade besprekorno zašto ne rade i državne, kada isti doktori rade i u jednom i u drugim*“. Prema njihovom mišljenju potrebno je:

- Povećati zarade, jer „*svi dobri doktori odoše u privatnike*“,
- Poboljšati uslove rada,
- Modernizovati opremu u zdravstvenim ustanovama,
- Obezbijediti dodatne vidove edukacije i usavršavanja medicinskog osoblja,
- Unaprijediti organizaciju i koordinaciju rada zdravstvenih ustanova, komunikaciju između zaposlenih, u prvom redu ljekara, i „*da ljekari manje rade na računaru kako bi se više posvetili pacijentima*“,
- Smanjiti korupciju i „*očekivanje poklona i novca od pacijenata*“, itd.

Značaj koji pacijenti sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite pridaju stručnosti i obučenosti ljekara se potvrđuje i podatkom da je za dvije trećine (67,4%) to ujedno i najvažniji segment zdravstvene zaštite. Značaj ovog segmenta je prepoznat od strane najstarijih pacijenata (66 godina i više) i onih sa visokim stepenom obrazovanja. Uočen je trend da sa rastom mjesečnih prihoda raste i broj pacijenata koji ovom segmentu zdravstvene zaštite daju najveći značaj.

Grafik 32. Najvažniji segment zdravstvene zaštite?



4.3. Iskustva bolničkih pacijenata po pitanju primanja medicinske pomoći

Upitani da navedu da li su posljednjih godinu dana imali negativnih posljedica zbog propusta u radu zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama, svega sedam procenata ispitanika je potvrdno odgovorilo. Posmatrano po bolnicama, negativne posljedice su najčešće imali pacijenti koji su se liječili u Specijalnoj bolnici Brezovik, Opštoj bolnici u Pljevljima i Kliničkom Centru Crne Gore. Pacijenti koji su podvrgnuti operativnom zahvatu su u većem broju slučajeva imali negativnih posljedica u odnosu na druge pacijente. U navedenim slučajevima se najčešće radilo o pogrešno uspostavljenoj dijagnozi, prepisanoj terapiji i dugom čekanju na pregled zbog čega je dolazilo do pogoršanja zdravstvenog stanja.

Grafik 33. Negativne posljedice zbog propusta u radu zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama

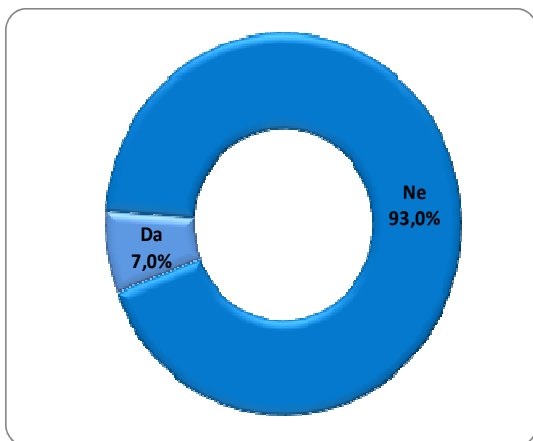


Tabela 9. Negativne posljedice prema bolnicama (%)

Naziv bolnice	Da	Ne
Specijalna bolnica Brezovik	14,1	85,9
Opšta bolnica Pljevlja	10,7	89,3
Klinički centar Crne Gore	9,1	90,9
Opšta bolnica Berane	5,8	94,2
Opšta bolnica Nikšić	5,8	94,2
Opšta bolnica Cetinje	5,6	94,4
Opšta bolnica Kotor	3,2	96,8
Opšta bolnica Bijelo Polje	2,5	97,5
Opšta bolnica Bar	2,3	97,7
Specijalna bolnica Risan	1,8	98,2
Specijalna bolnica Kotor		100,0

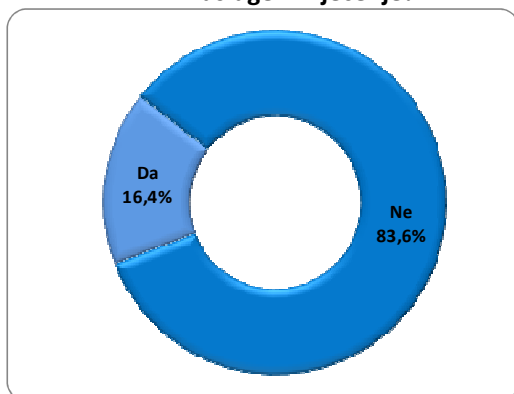
Tabela 10. Negativne posljedice i razlog dolaska

Razlog dolaska	Da	Ne
Porodaj	4,8	95,2
Operacija	8,8	91,2
Interna medicina	7,4	92,6
Nešto drugo	8,2	91,8

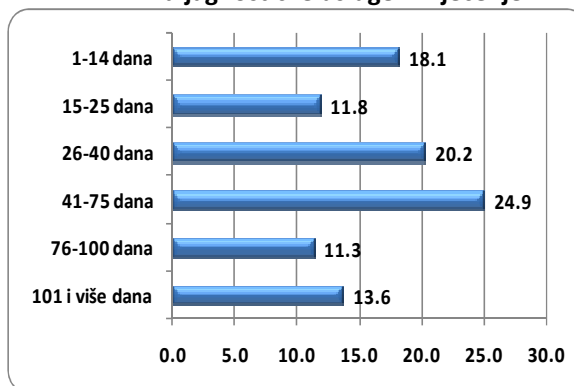
Kada su u pitanju dijagnostički pregledi, jedan od šest ispitanika (16,4%) je u posljednjih godinu dana bio na listi čekanja. Svaki četvrti (24,8%) i svaki peti (20,2%) ispitanik koji je u bolnici boravio zbog operacije i zdravstvenih problema iz oblasti interne medicine je čekao na ove preglede. Na listi čekanja u posljednjih godinu dana su u većem broju bili zastupljeni pacijenti starosti od 40 i više godina. Dobijeni rezultat se može objasniti činjenicom da sa godinama starosti raste potreba za zdravstvenom zaštitom, što nije slučaj sa mlađom populacijom koja je boljeg zdravstvenog stanja. Polazeći od ostalih demografskih karakteristika, potrebu za ovom vrstom usluge su imali i ispitanici koji žive sami, sa najnižim iznosom mjesečnih primanja, nižim stepenom obrazovanja i penzioneri. Anketirani pacijenti koji su zbog propusta u radu imali negativne posljedice, kao i oni koji su za rješavanje zdravstvenih problema koristili usluge privatne prakse su bili na nekoj listi koja je podrazumijevala čekanje na specijalistički pregled/liječenje.

Prema odgovorima anketiranih ispitanika, prosječna dužina čekanja iznosila je 66 dana, pri čemu ista varira u zavisnosti od vrste zdravstvene usluge. Pacijenti su najčešće čekali na različite vrste snimanja, operacije i preglede kod ljekara specijalista.

Grafik 34. Na listi čekanja za dijagnostičke usluge ili liječenje?



Grafik 35. Vremenski period čekanja na dijagnostičke usluge ili liječenje



Anketirani pacijenti su posljedni put u bolnici proveli, u prosjeku, dvije sedmice (13,6 dana). Preko tri sedmice je bilo hospitalizovano tek 7,6% ispitanika, pri čemu je najduža hospitalizacija iznosila 15 godina (pacijenti iz specijalnih bolnica). Pacijenti u specijalnim bolnicama, zbog prirode bolesti, borave duže od pacijenata u opštim bolnicama. Prosječan boravak pacijenata u opštim bolnicama, uključujući i Klinički centar Crne Gore, iznosi 8 dana, a u specijalnim bolnicama 86 dana, što je i za očekivati imajući u vidu vrstu bolesti koja je predmet liječenja u ovim ustanovama.

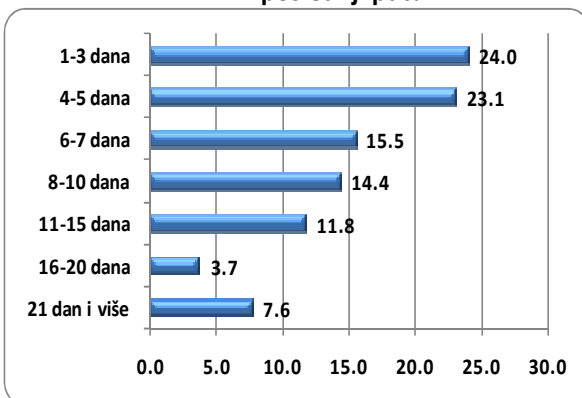
Prema dobijenim rezultatima, razlog hospitalizacije utiče na dužinu boravka u bolnici. Porođaj zahtijeva najkraći boravak od 5 dana, dok se zbog operacije pacijenti zadržavaju do 11 dana.

Tabela 11. Prosječan boravak pacijenata u bolnica prema razlogu hospitalizacije (u danima)

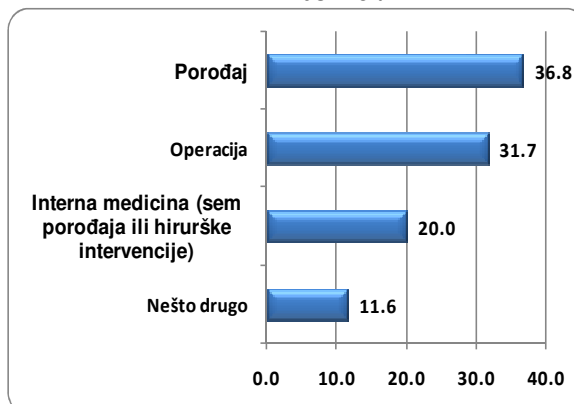
Razlog hospitalizacije	Prosječan boravak
Hirurgija	11 dana
Interna medicina	9 dana
Porođaj	5 dana

Uvidom u razloge boravka u bolnici, došlo se do saznanja da su ispitanici najčešće navodili porođaj i operaciju, kao i različite oblasti interne medicine.

Grafik 36. Koliko dana ste proveli u bolnici poslednji put?



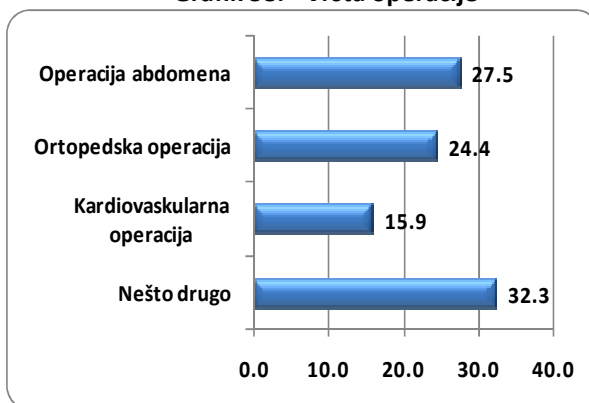
Grafik 37. Koji je bio razlog Vašeg boravka u bolnici?



Kada je interna medicina u pitanju, obično se radilo o kardio-vaskularnim oboljenjima, plućnim bolestima, endokrinološkim, bubrežnim oboljenjima i sl. U slučaju operativnih zahvata kojima su ispitanici bili podvrgnuti, u najvećem broju slučajeva se radilo o:

- operaciji abdomena,
- ortopedskoj operaciji,
- kardiovaskularnoj operaciji,
- ostalim tipovima operacija (ginekološkog tipa, dojke, oka, krajnika, slijepog crijeva, štitne žlijezde, žuči i sl.)

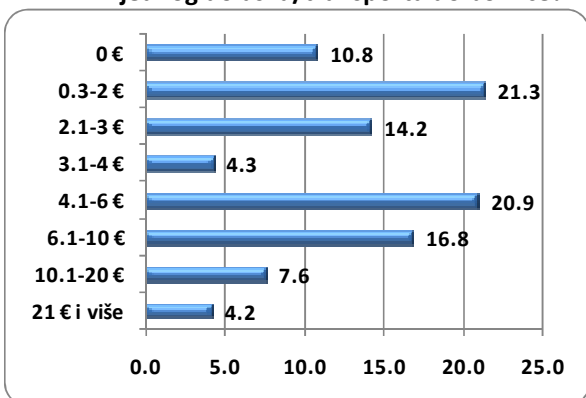
Grafik 38. Vrsta operacije



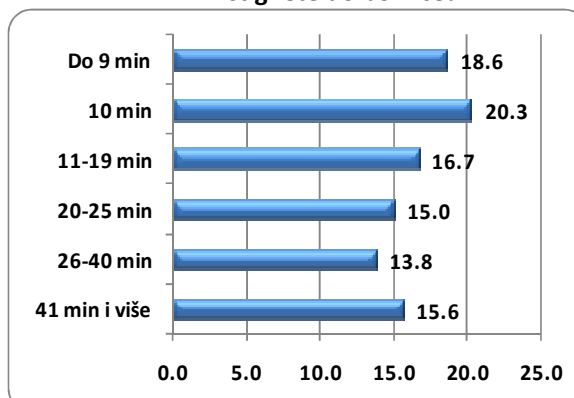
4.4. Troškovi zdravstvenih usluga

Anketirani pacijenti su na troškove jednog dolaska/transporta do bolnice, u prosjeku trošili 7,3€, pri čemu svaki deseti ispitanik (10,8%) nije imao nikakvih troškova. Anketirani pacijenti su za troškove putovanja najčešće izdvajali do 2€ (21,3%) i od 4 do 6€ (20,9%). Imajući u vidu iznos mjesečnih primanja domaćinstva anketiranih pacijenata može se zaključiti da navedeni iznos troškova ne predstavlja prepreku za korišćenje zdravstvene zaštite. Sa druge strane, troškovi putovanja van mjesta boravka se refundiraju pacijentima. Kada je u pitanju vrijeme koje je pacijentima bilo potrebno da stignu do bolnice, u prosjeku se radilo o periodu od pola sata.

Grafik 39. Koliko su iznosili Vaši troškovi jednog dolaska/transporta do bolnice?

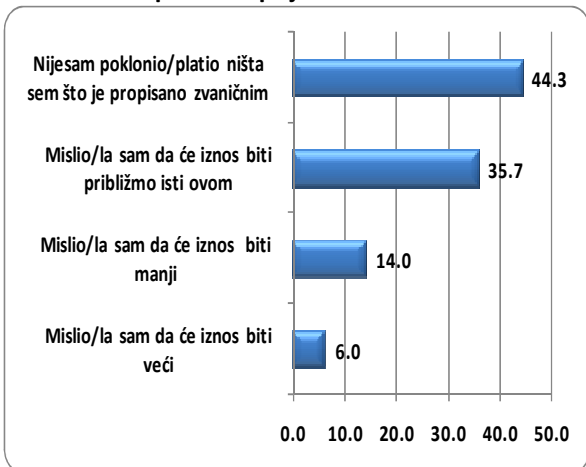


Grafik 40. Koliko Vam je vremena trebalo da stignete do bolnice?

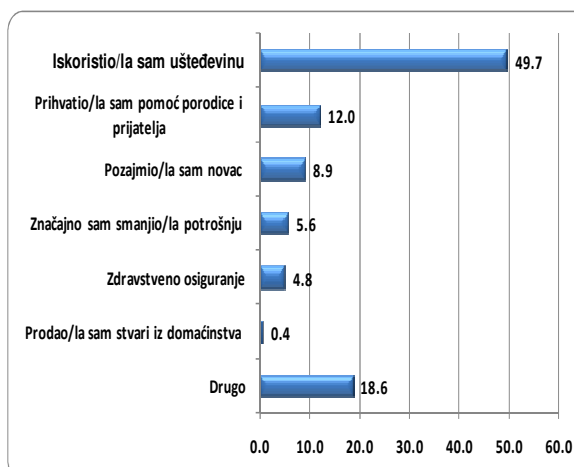


Kada su u pitanju pokloni/novac koje su pacijenti davali tokom boravka u bolnici medicinskom osoblju (za lijekove, zalihe i post-bolničku njegu), a koji se ne odnose na zvanična plaćanja u smislu participacije, rezultati pokazuju da 44,3% ispitanika nije platilo ništa osim onoga što je propisano (participacija), a 55,7% je potrošilo određeni iznos novca. Za 35,7% pacijenata potrošeni iznos novca je bio približan planiranom, što je moglo imati uticaja na njihovu odluku da li da koriste zdravstvenu zaštitu ili ne. Polovina ispitanika (49,7%) ispitanika je ove troškove finansirala iz ušteđevine. Obezbeđivanje novca za 20,0% ispitanika nabavljanje novca je proteklo prilično lako, a za 47,7% ni teško, ni lako.

Grafik 41. Da li ste znali koliko ćete novca potrošiti prije odlaska u bolnicu?

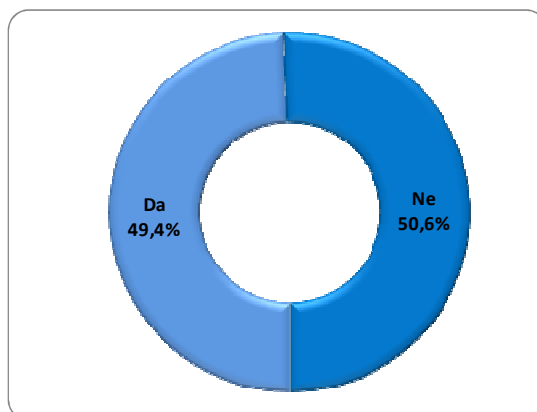


Grafik 42. Kako ste pokrili ove troškove?



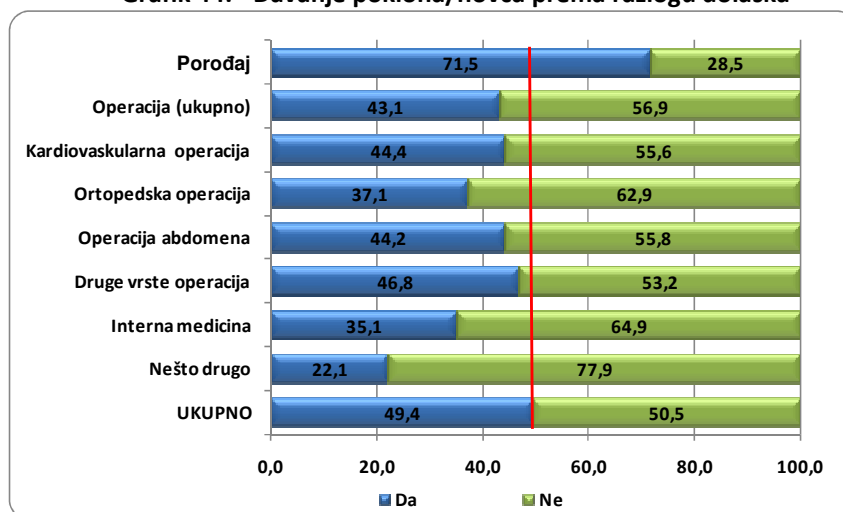
Kada je u pitanju davanje poklona/novca¹⁵ medicinskom osoblju 49,4% ispitanika je to učinilo, a 50,5% nije. Detaljnija analiza socio-ekonomskih karakteristika ispitanika koji su najčešće dali poklon/novac medicinskom osoblju je sljedeća¹⁶: (i) centralni region; (ii) žene; (iii) više i visoko obrazovanje; (iv) bave se privatnim biznisom, nezaposleni i zaposleni; (v) mjesečni prihod domaćinstva veći od 500€.

Grafik 43. Da li ste tokom boravka u bolnici, Vi ili član Vaše porodice dali poklon/novac medicinskom osoblju?



Prema dobijenim rezultatima uočeva se da se davanje poklona/novca najčešće dešavalo kod pacijenata koji su u bolnici boravili zbog porođaja (71,5%). Polazeći od vrste operativnog zahvata davanje poklona/novca je najčešće prisutno kod operacija ginekološkog tipa, operacija oka, dojke, krajnika, žuči itd. (46,4%), kardiovaskularnih operacija (44,4%) i operacija abdomena (44,2%).

Grafik 44. Davanje poklona/novca prema razlogu dolaska

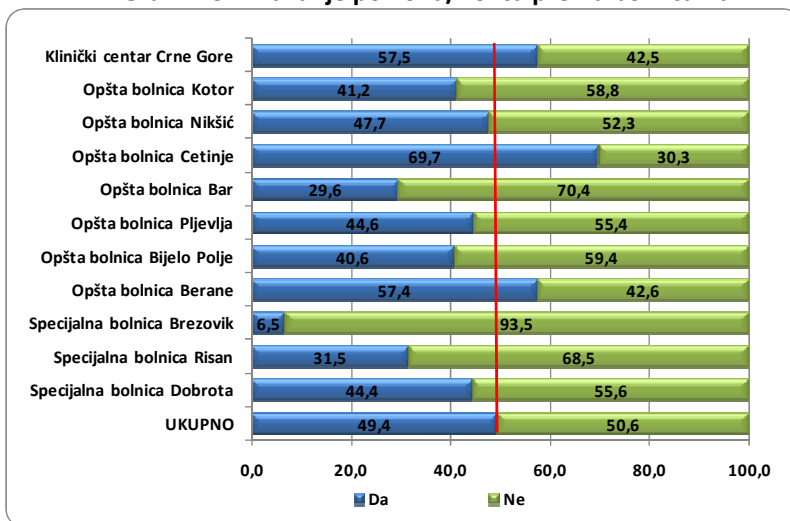


Najveći procenat bolničkih pacijenata koji su dali poklon/novac imaju Opšta bolnica Cetinje (69,7%), Klinički centar Crne Gore (57,5%) i Opšta bolnica Berane (57,4%). U Specijalnoj bolnici Brezovik veoma mali procenat (6,5%) ispitanika je naveo da je davao poklon/novac medicinskom osoblju.

¹⁵ Upitnikom nije bilo predviđeno razdvajanje novčanih i nenovčanih davanja, već je sva plaćanja preračunata u novčanu vrijednost.

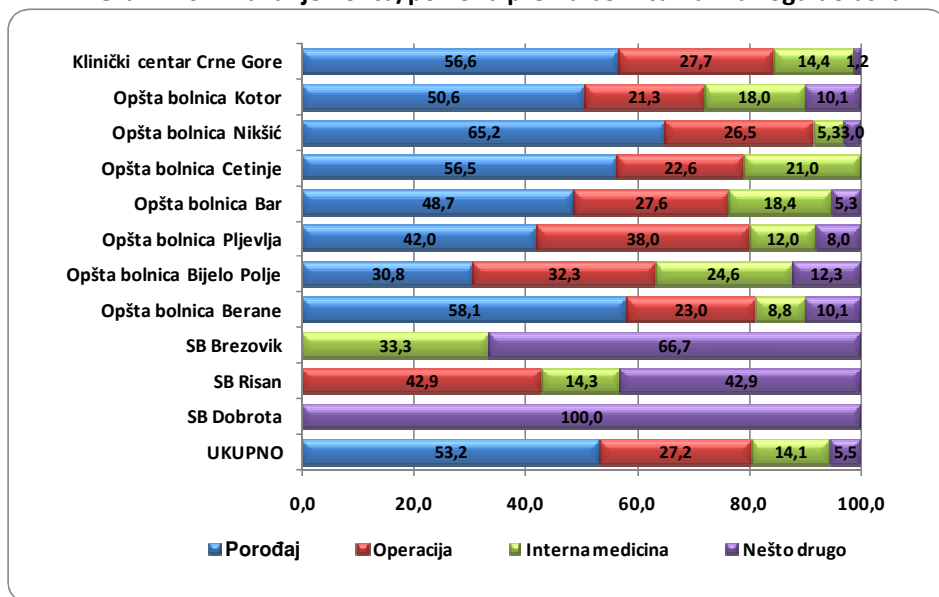
¹⁶ Kod navedenih karakteristika zastupljenost davanja poklona je veća od nacionalnog prosjeka, tj. od 49,4%.

Grafik 45. Davanje poklona/novca prema bolnicama



U najvećem broju slučajeva pacijenti ili članovi njihove porodice koji su dali poklon/novac, u bolnici su bili zbog porođaja (53,2%) i hiruške intervencije (27,2%). Pritom, u Opštoj bolnici u Nikšiću dvije trećine ispitanika (65,2%) je dalo poklon/novac zbog porođaja, dok je to slučaj sa svakim drugim ispitanikom Opšte bolnice Berane (58,1%), Kliničkog centra Crne Gore (56,6%) i Opšte bolnice Cetinje (56,5%).

Grafik 46. Davanje novca/poklona prema bolnicama i razlogu dolaska



Detaljnijom analizom odgovora ispitanika, došlo se do saznanja da su anketirani pacijenti najčešće novac/poklone dali ljekarima koji ih liječe (70,1%¹⁷), medicinskim sestrama (68,1%) i babicama (27,1%) dok su se hirurzima (13,7%), anesteziolozima (3,5%) i laborantima i radiolozima (0,7%), novac/pokloni najrjeđe davali. Rezultati istraživanja pokazuju da su anketirani pacijenti sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u prosjeku platili 60€ na ime poklona/novca medicinskom osoblju, odnosno neformalnih plaćanja.

¹⁷ Računanje procenata vršeno je uzimanjem osnovice koja se odnosi na broj ispitanika koji su naveli da su dali novac/poklon, pri čemu je jedan ispitanik mogao da navede više kategorija medicinskog osoblja kojem je dao novac/poklon.

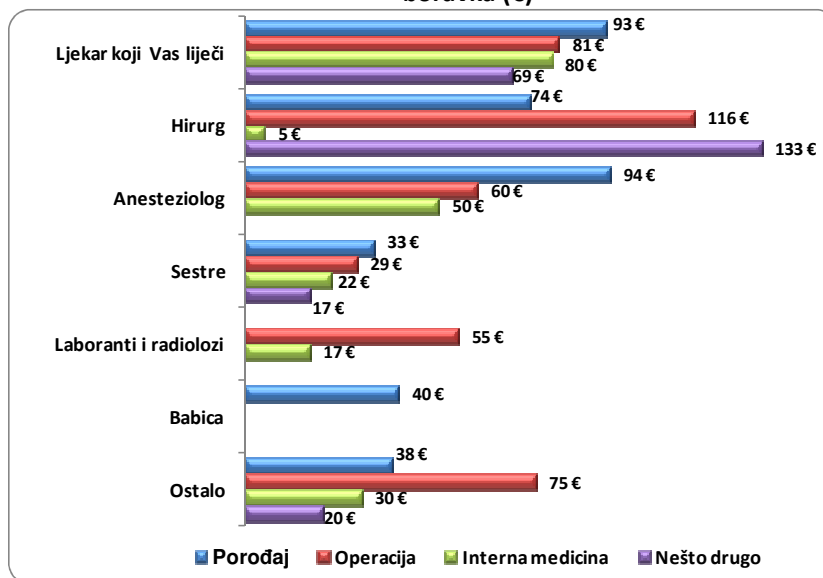
Najveći iznos poklona/novca je dat hirurzima (111,5€) i ljekarima (87,8€). Upoređujući navedeni prosječni iznos (60€) sa prosječnom platom tokom 2010. godine¹⁸ dobija se podatak da neformalna plaćanja čine 12,5% prosječne neto i 8,3% bruto plate u Crnoj Gori. Sa druge strane, građani Crne Gore navedenim iznosom od 60€ povećavaju prosječna mjesečna primanja ljekara sekundarnog i tercijarnog nivoa u prosjeku od 5 do 6% po jednom davanju, a medicinskih sestara od 14% do 15%. Postavljna pitanja u upitniku nijesu mogla dati odgovor o učestalosti davanja poklona/novca zdravstvenim radnicima.

Tabela 12. Novčano izražena vrijednost poklona/iznos novca uručenog medicinskom osoblju (€)

Medicinsko osoblje	Novčana vrijednost (€)		
	Prosječna vrijednost	Minimalni iznos	Maksimalni iznos
Ljekar koji Vas liječi	87,8	3	500
Hirurg (ukoliko nije isti doktor koji Vas liječi)	111,5	5	1.000
Anesteziolog	73,0	10	300
Sestre	29,7	2	300
Laboranti i radiolozi	44,5	10	150
Babice	39,6	5	300
Ostalo	38,4	10	100

Pritom, detaljnija analiza pokazuje da se ljekarima koji prate trudnoću daje najveći iznos novca (u prosjeku 93,5€). Medicinskim sestrama se najviši iznosi novca/poklona daju u slučaju porođaja (33,2€).

Grafik 47. Prosječna vrijednost poklona/novca uručenog medicinskom osoblju prema razlogu boravka (€)



Detaljnija analiza prema tipu bolnice pokazuje da bolnički pacijenti navisi iznos novca/poklona daju u Opštoj bolnici Cetinje, u prosjeku 90€, a potom u Specijalnoj bolnici u Risnu 80€.

¹⁸ Prosječna plata u 2010. godini je iznosila 479€ bez poreza i 715€ sa porezima i doprinosima, MONSTAT.

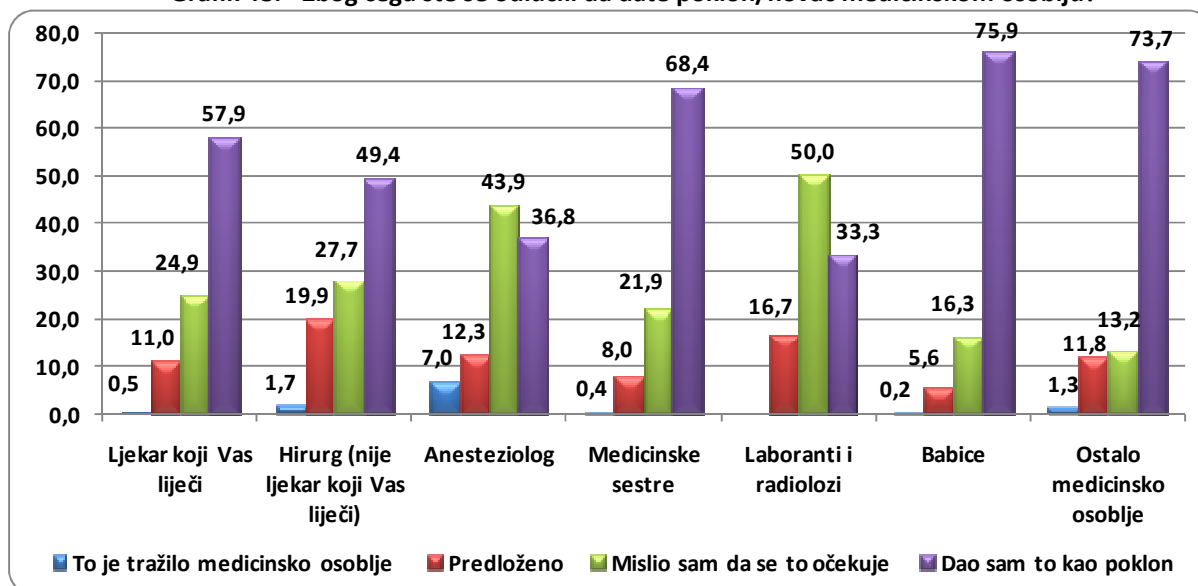
Tabela 13. Prosječan iznos poklona/novca prema bolnicama (€)

	KBC	Opšte bolnice							Specijalne bolnice		
		Kotor	Nikšić	Cetinje	Bar	Pljevlja	Bijelo Polje	Berane	Brezovik	Risan	Dobrota
Ljekar koji Vas liječi	98	104	83	110	49	22	31	73	56	62	100
Hirurg	127	22	74	145	49	44	35	119		175	
Anestezilog	83		47	100			10				
Sestre	31	28	31	52	24	10	17	33	14	21	50
Laboranti i radiolozi	51		30		20						
Babice	41	32	40	69	43	120		17			
Ostalo	36		36	63	15			20		60	
PROSJEK	67	47	49	90	33	49	23	52	35	80	75

Uvidom u razloge davanja poklona/novca, na osnovu iskustva anketiranih pacijenata, došlo se do saznanja da:

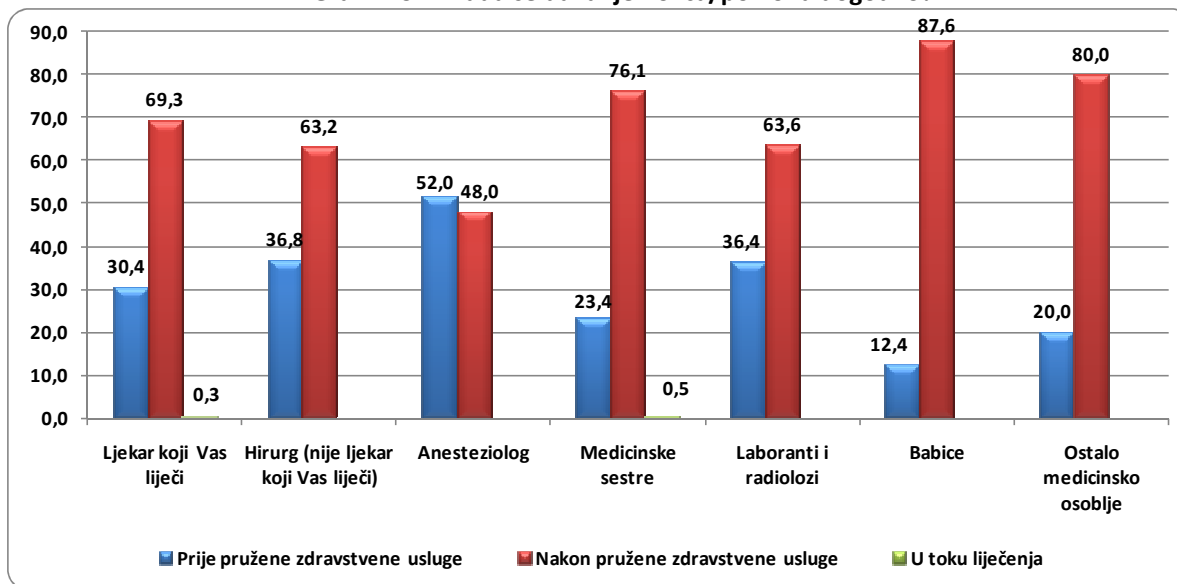
- dati novac/poklon se najčešće percipira kao nešto što je uobičajeno (kao nešto na što pacijenti nijesu prinuđeni, već je stvar njihove dobre volje),
- značajan broj pacijenata davanje novca shvata kao uslov kvalitetne medicinske njege, posebno kada su u pitanju laboranti i radiolozi i anesteziolozi,
- jako mali procenat ispitanika navodi da je medicinsko osoblje (najčešće sami ljekari) tražilo novac, ili da je davanje novca/poklona predložio neko drugi, obično ostali pacijenti sa kojima stupaju u kontakt.

Grafik 48. Zbog čega ste se odlučili da date poklon/novac medicinskom osoblju?



Uvidom u detalje davanja novca/poklona prema vrsti medicinskog osoblja rezultati analize upućuju na zaključak da se davanje najčešće obavlja nakon pružene zdravstvene usluge. Jedino je u slučaju anesteziologa davanje uobičajeno prije pružanja zdravstvene usluge. Tek zanemarljiv procenat slučajeva je zabilježen kod ljekara i sestara, kada je u pitanju bilo davanje poklona/novca u toku liječenja.

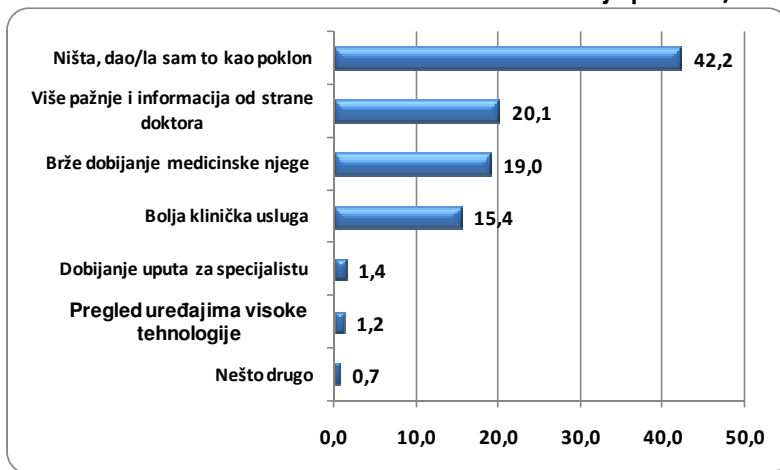
Grafik 49. Kada se davanje novca/poklona dogodilo?



Upitani da navedu šta su očekivali za uzvrat nakon davanja poklona/novca, većina ispitanika (42,2%) je navela da je u pitanju bila njihova volja da daju poklon i da shodno tome nijesu imali nikakva očekivanja. Oni ispitanici, koji su ipak za uzvrat nešto očekivali, obično su navodili sljedeće:

- više pažnje i informacija od strane doktora,
- brže dobijanje medicinske njege, i
- bolja klinička usluga.

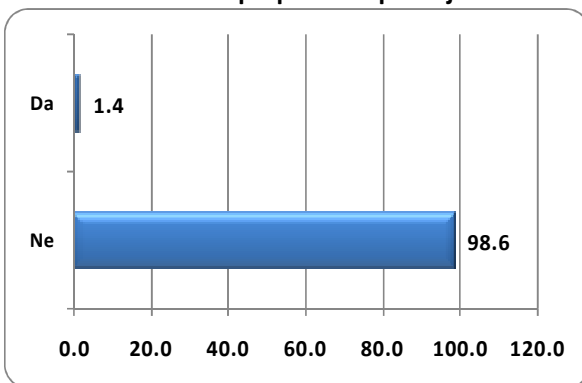
Grafik 50. Šta ste očekivali za uzvrat nakon davanja poklona/novca?



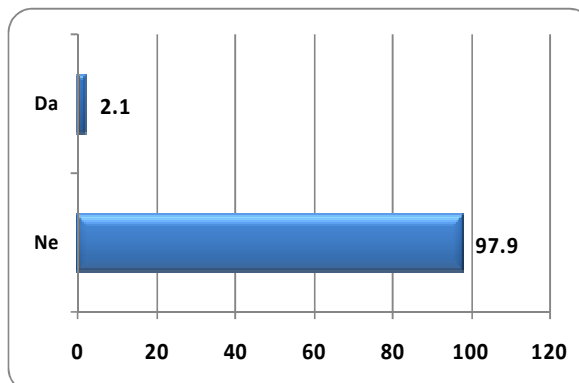
Prilikom donošenja odluke o visini novca/vrijednosti poklona, anketirani pacijenti su se obično povodili svojim mogućnostima (47,8%) i intuicijom (36,7%), dok se manji procenat ispitanika (13,3%) konsultovao s ostalim pacijentima.

Kada je u pitanju prepisivanje recepta za lijekove, samo je 1,4% ispitanika navelo da su tokom boravka u bolnici oni lično (ili neki član njihove porodice) za te svrhe dali novac/poklon ljekaru ili medicinskom osoblju. Za nabavku medicinskih sredstava (npr. špricevi, infuzije, itd), samo je 2,1% ispitanika navelo da su tokom boravka u bolnici oni lično (ili neki član njihove porodice) za te svrhe dali novac/poklon.

Grafik 51. Da li ste dali poklon ili novac da Vam se prepiše recept za lijekove?

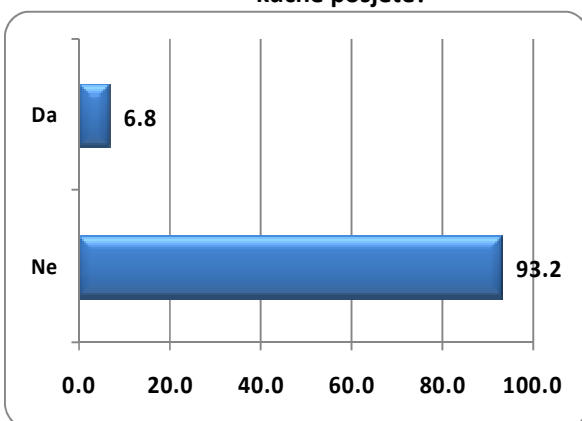


Grafik 52. Da li ste dali poklon/novac za nabavku medicinskih sredstava?

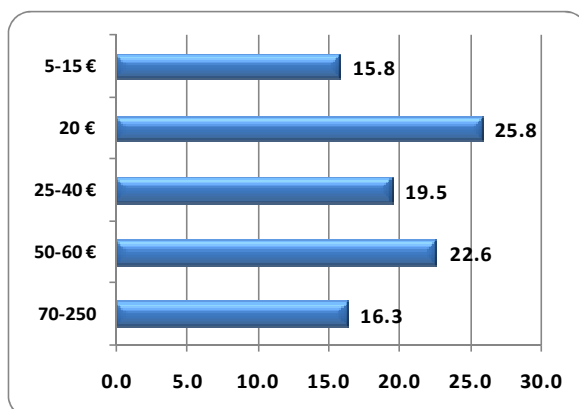


Kada su u pitanju usluge vezane za post-bolničko liječenje ili kućne posjete pacijentu (davanje injekcija, infuzija, previjanje itd), 6,8% ispitanika je navelo da su dali novac/poklon medicinskom osoblju. Za ove svrhe je u prosjeku izdvajano 46€.

Grafik 53. Da li ste davali poklone/novac za usluge vezane za post-bolničko liječenje ili kućne posjete?



Grafik 54. Ukoliko jeste, navedite koliko?

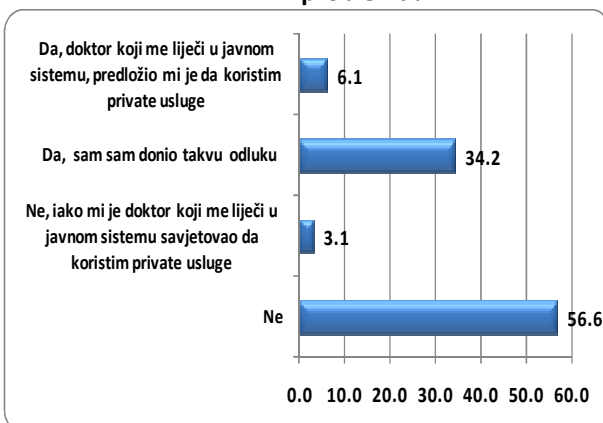


4.5. Korišćenje usluga privatne medicinske prakse

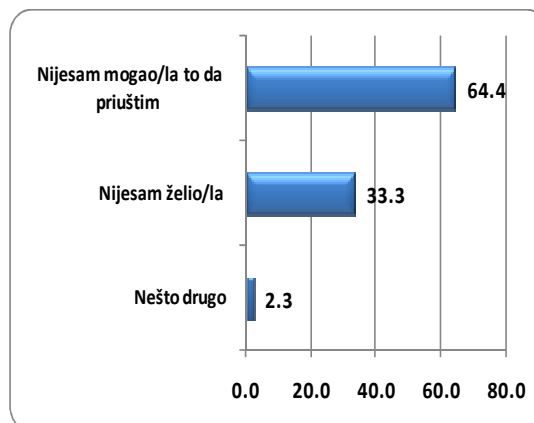
Upitani da navedu da li su koristili usluge privatne ustanove za rješavanje zdravstvenih problema, 40,3% ispitanika je potvrdno odgovorilo, pri čemu u strukturi ovih ispitanika dominiraju oni koji su se po sopstvenom nađenju odlučili na to, u odnosu na one koji su po predlogu ljekara iz javne zdravstvene institucije, posjetili privatnu ordinaciju. Međutim, i pored sugestije ljekara iz javne zdravstvene ustanove, 3,1% pacijenta ipak nije posjetilo privatnu ordinaciju.

Najvažniji razlog neposjećivanja ljekara u privatnoj praksi, i pored preporuke ljekara koji liječi pacijenta, za 64,4% ispitanika jeste finansijska situacija i nemogućnost da se pokriju troškovi privatnog liječenja. Svaki treći ispitanik (33,3%) nije želio da pođe kod ljekara u privatnoj praksi.

Grafik 55. Da li ste koristili usluge privatne zdravstvene zaštite za rješavanje zdravstvenih problema?



Grafik 56. Zašto niste otišli kod ljekara u privatnoj praksi?

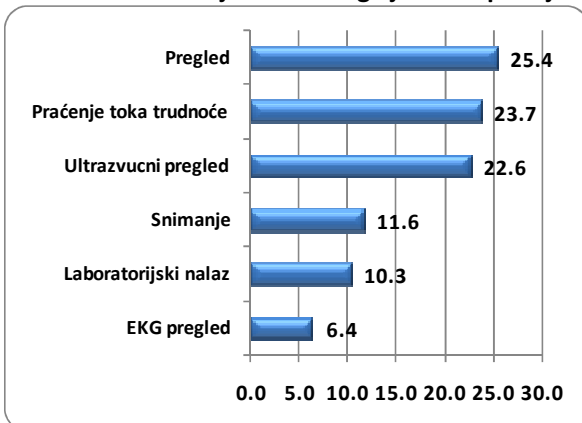


Oni pacijenti koji su koristili usluge privatne zdravstvene prakse, obično su navodili sljedeće usluge:

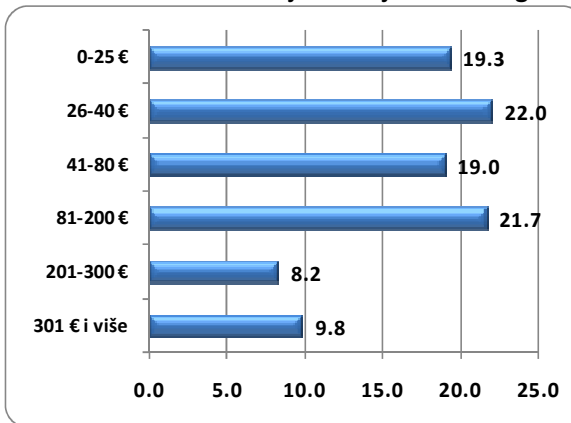
- obavljanje raznih vrsta pregleda,
- praćenje trudnoće,
- ultrazvuk.

Uvidom u cijene navedenih medicinskih usluga, došlo se do saznanja da se na njih, u prosjeku izdvajalo 130€, pri čemu je najveći zabilježeni iznos bio 4.000€ (ginekološka operacija, pregledi i praćenje zdravstvenog stanja pacijenta). Pri tome je smanjenje ukupnog mjesečnog prihoda, usled izdvajanja za navedene usluge, u prosjeku iznosilo 73€, što čini 15% prosječne plate u 2010. godini.

Grafik 57. Koja vrsta usluge je bila u pitanju?



Grafik 58. Kolika je bila cijena te usluge?



5. SUMARNI PREGLED REZULTATA - ZAPOSLENI

5.1. Demografske karakteristike

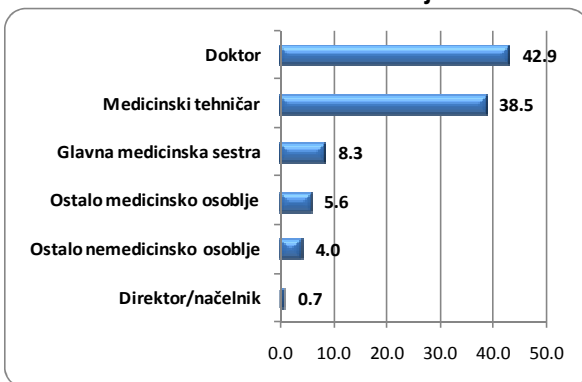
Istraživanje je sprovedeno u Kliničkom centru Crne Gore i sedam opštih bolnica, a obuhvaćen je 301 zaposleni u navedenim ustanovama. U skladu sa unaprijed definisanom metodologijom istraživanja, zdravstveni radnici su u najvećem procentu anketirani na sljedećim odjeljenjima: hirurgija, interna medicina i ginekologija.

Tabela 14. Bolnice u kojima su ispitanici hospitalizovani

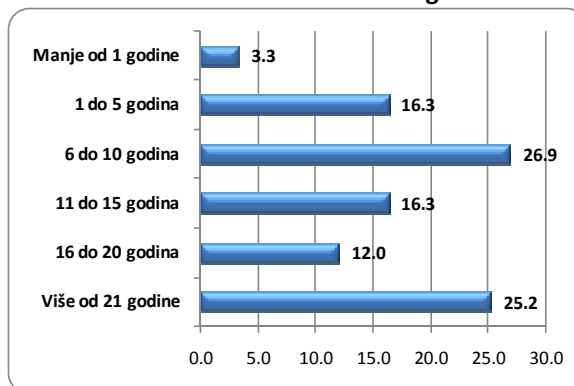
Naziv bolnice	Broj ispitanika	Procentualno učešće
Klinički centar Crne Gore	168	55.8
Opšta bolnica Bar	19	6.3
Opšta bolnica Berane	26	8.6
Opšta bolnica Bijelo Polje	20	6.6
Opšta bolnica Cetinje	13	4.3
Opšta bolnica Kotor	14	4.7
Opšta bolnica Nikšić	26	8.6
Opšta bolnica Pljevlja	15	5.0
Suma	301	100.0

Anketirani zdravstveni radnici su u najvećem broju slučajeva zaposleni kao doktori (42,9%) i medicinski tehničari (38,5%). Na pitanja iz upitnika najčešće su odgovarali ispitanici koji su u zdravstvenom sistemu zaposleni duži vremenski period. To je dodatno doprinijelo dobijanju pouzdanih rezultata koji se mogu tretirati kao validan pokazatelj trenutnog stanja i funkcionisanja javnog zdravstvenog sistema. Radno angažovanje za nešto više od svakog četvrtog ispitanika (26,9%) iznosi od 6 do 10 godina. Prosječan radni staž u zdravstvenom sistemu je 14 godina.

Grafik 59. Zanimanje



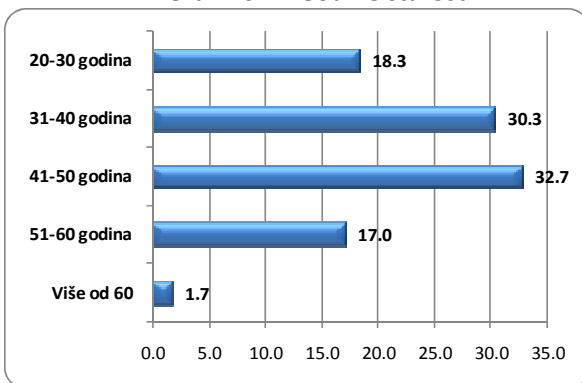
Grafik 60. Godine radnog staža



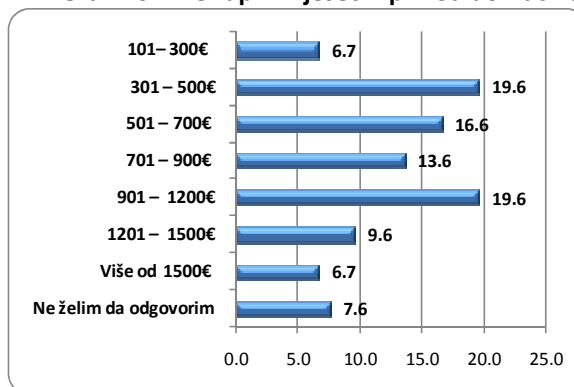
U 64,3% slučajeva su ispitane pripadnice ženskog pola. U starosnoj strukturi najčešće dominiraju ispitanici starosti između 30 i 50 godina. Imajući u vidu radno mjesto zdravstvenih radnika, struktura obrazovanja je podijeljena na srednjoškolsko (51,8%) i visoko obrazovanje – osnovne, postdiplomske i doktorske studije (48,2%). Domaćinstva anketiranih najčešće broje četiri člana (38,6%). Za skoro svako peto domaćinstvo,

anketiranih visina ukupnih prihoda na nivou mjeseca iznosi od 301 do 500€ (19,6%) i od 901 do 1200€ (19,6%). Sa većim nivoom obrazovanja i odgovornošću koja prati radno mjesto, rastu i ukupni mjesečni prihodi domaćinstva zdravstvenih radnika.

Grafik 61. Godine starosti



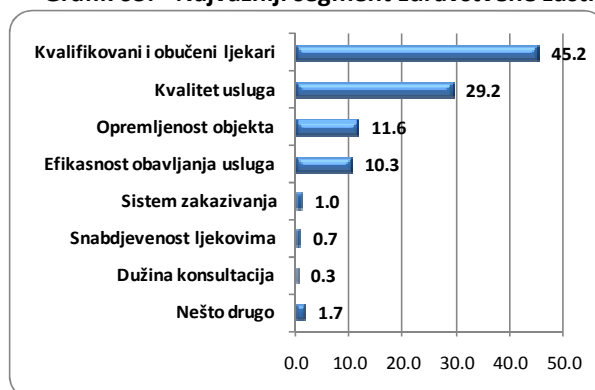
Grafik 62. Ukupni mjesečni prihod domaćinstva



5.2. Trenutno stanje i reforma zdravstvenog sistema

Najvažniji segment zdravstvene zaštite su kvalifikovani i obučeni ljekari (45,2%) i, u nešto manjem procentu, kvalitet usluge (29,2%). Glavne medicinske sestre, u odnosu na ostale kategorije zaposlenih, prednost daju kvalitetu pružene usluge. Sa rastom mjesečnih prihoda koja ostvaruju domaćinstva zdravstvenih radnika raste i važnost da ljekari budu, u što je moguće većoj mjeri, kvalifikovani i obučeni. Ipak, za kategoriju ispitanika sa najvećim mjesečnim prihodima, kvalitet usluga zdravstvenog sistema ima veću važnost u odnosu na prvopomenuti segment.

Grafik 63. Najvažniji segment zdravstvene zaštite

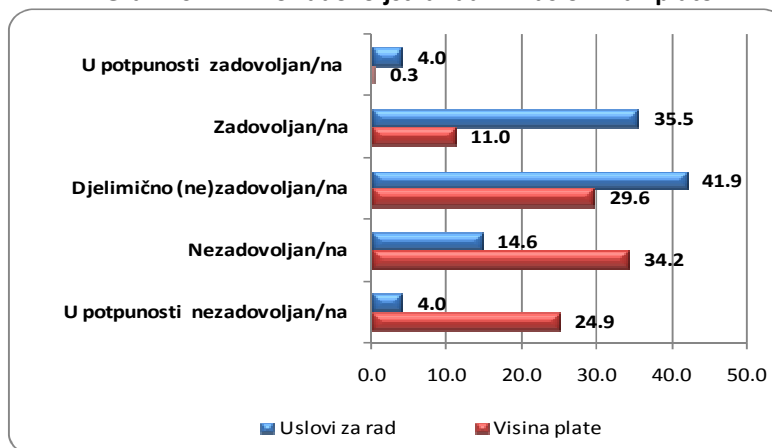


Posmatrajući dobijene rezultate, uočava se da su zdravstveni radnici u većoj mjeri zadovoljni radnim uslovima u odnosu na visinu mjesečne zarade. Zadovoljstvo¹⁹ visinom mjesečnih primanja navodi svaki 10 ispitanik (11,3%), dok je taj procenat skoro četiri puta viši kada su u pitanju uslovi rada u javnim zdravstvenim ustanovama (39,5%). Tri od pet ispitanika (59,1%) izražava nezadovoljstvo²⁰ visinom plate.

¹⁹ U potpunosti zadovoljan + zadovoljan

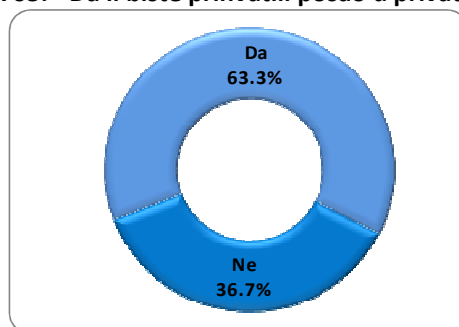
²⁰ U potpunosti nezadovoljan + nezadovoljan

Grafik 64. Nivo zadovoljstva radnim uslovima i platom



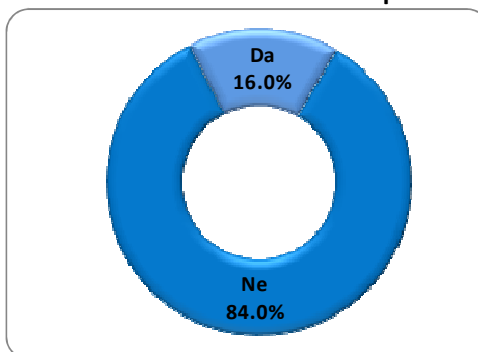
Šest od 10 ispitanika (63,3%) bi prihvatilo posao u privatnoj praksi ukoliko bi im bili ponuđeni bolji radni uslovi. Nešto više od jedne trećine (36,7%) bi odbilo ovakvu ponudu, a kao najvažniji razlog navode sigurnost koju im pruža posao u javnim zdravstvenim ustanovama. Polazeći od strukture radnih mjesta, za rad u privatnoj praksi su najviše spremni doktori i ostalo medicinsko osoblje, a najmanje glavne medicinske sestre. Uočen je trend da sa rastom mjesečnih prihoda domaćinstva raste i spremnost zdravstvenih radnika da promijene posao.

Grafik 65. Da li biste prihvatili posao u privatnoj praksi?



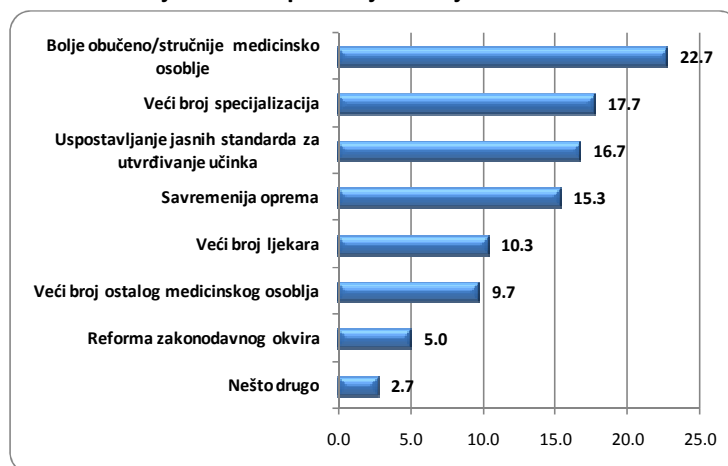
I pored spremnosti da prihvate posao u privatnom zdravstvenom sistemu, visok procenat ispitanika (84,0%) trenutno ne radi ili nikada nije ni radio u privatnoj praksi.

Grafik 66. Da li radite ili ste nekada radili u privatnoj praksi?



Da bi se unaprijedio rad javnih zdravstvenih ustanova, zdravstveni radnici u najvećoj mjeri prioritet daju povećanju nivoa kvalifikovanosti i obučenosti medicinskog osoblja (22,7%). U skladu sa ovom mjerom je i veći broj specijalizacija (17,7%) koje bi omogućile da se poveća nivo obučenosti i stručnosti zdravstvenih radnika. Polazeći od strukture zanimanja zdravstvenih radnika koji su obuhvaćeni istraživanjem, doktori prednost daju većem broju specijalizacija. Glavne medicinske sestre smatraju da bi se rad javnih zdravstvenih ustanova unaprijedio ukoliko bi medicinsko osoblje bilo stručnije i bolje obučeno.

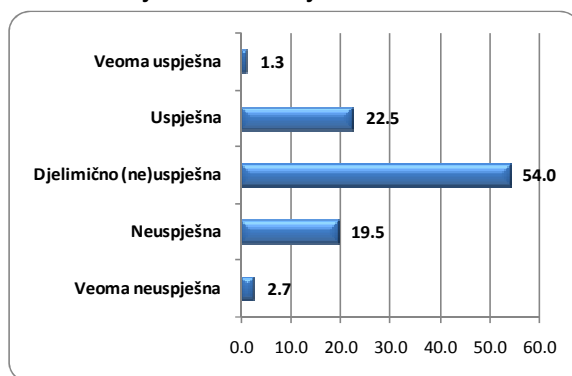
Grafik 67. Mjere za unapređenje rada javnih zdravstvenih ustanova



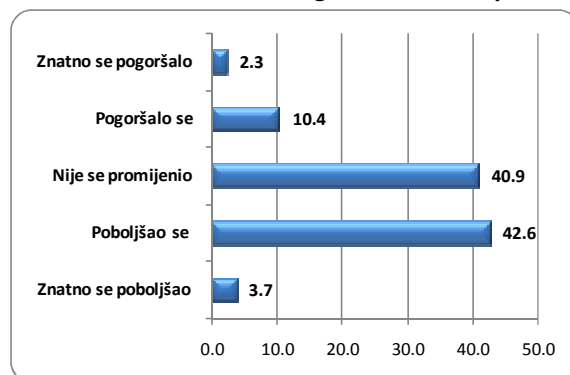
5.3. Reforma zdravstvenog sistema

U pogledu uspješnosti dosadašnje reforme zdravstvenog sistema, zdravstveni radnici imaju podijeljeno mišljenje. Naime, za 23,8% ispitanika dosadašnja reforma zdravstvenog sistema je uspješna, dok je za 22% njih ona bila neuspješna. Glavne medicinske sestre reformu ocjenjuju više pozitivno nego negativno.

Grafik 68. Ocjena dosadašnje reforme zdravstvene zaštite

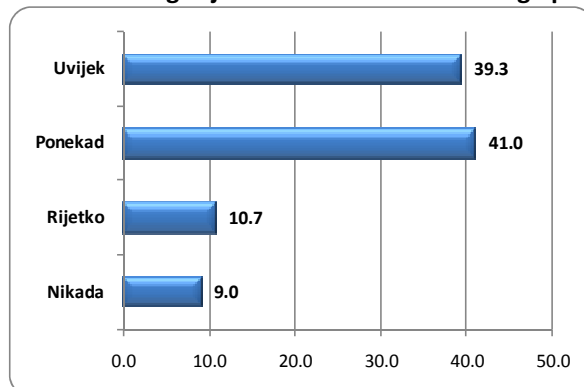


Prema mišljenju 42,6% zaposlenih u javnom zdravstvenom sistemu, kvalitet zdravstvenih usluga se poboljšao kao rezultat sprovedene reforme. U nešto manjem procentu, 40,9%, smatra da reforma nije promijenila ništa u kvalitetu zdravstvenih usluga.

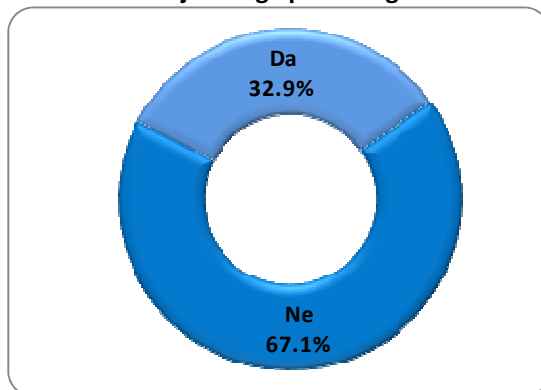
Grafik 69. Promjena kvaliteta zdravstvenih usluga u odnosu na period prije sprovođenja reforme

5.4. Korišćenje zdravstvene zaštite

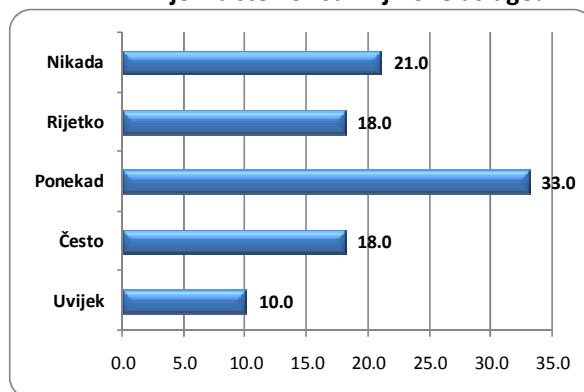
Veći broj zdravstvenih radnika navodi da kao zaposleni u javnom zdravstvenom sistemu imaju neki oblik drugačijeg tretmana, odnosno prednosti u odnosu na druge pacijente. Četiri od deset ispitanika navodi da se te prednosti u tretmanu dešavaju uvijek (39,3%), a 41,0% ponekad. Uočeno je da zaposleni sa većim mjesečnim prihodima svoje porodice imaju i veće prednosti u odnosu na druge pacijente kada je u pitanju korišćenje zdravstvene zaštite. Glavne medicinske sestre i doktori u najvećem procentu imaju uvijek prednost u tretmanu u odnosu na druge pacijente.

Grafik 70. Drugačiji tretman u odnosu na druge pacijente

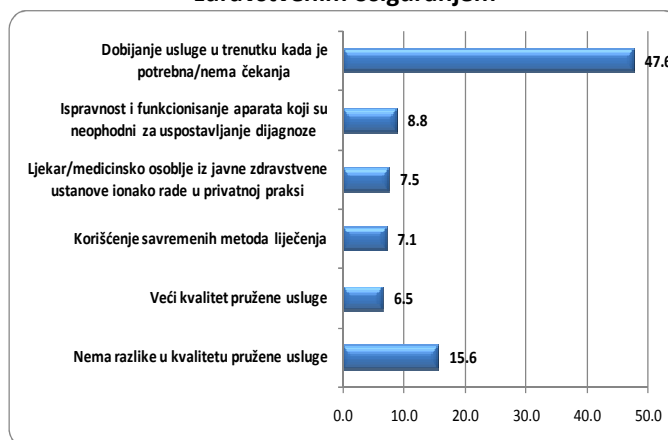
U posljednjih godinu dana, jedna trećina zdravstvenih radnika (32,9%) je koristila usluge zdravstvene zaštite u privatnoj praksi i to najčešće dva do tri puta godišnje. Kao najvažniji razlog zaposleni navode: dobijanje usluge u trenutku kada je potrebna (bez zakazivanja i čekanja) – 33,8% i bolji ili brži pristup ljekaru specijalisti – 19,2%. Nivo zadovoljstva pruženom uslugom u privatnom zdravstvenom sistemu je na visokom nivou: 24,2% je veoma zadovoljno, a 53,5% zadovoljno. Nadalje, uočen je visok stepen saglasnosti između (ne)postojanja drugačijeg tretmana zaposlenih u javnom zdravstvenom sistemu i (ne)korišćenja privatne zdravstvene zaštite. Naime, zdravstveni radnici koji navode da nemaju drugačiji tretman u odnosu na druge pacijente koji koriste javnu zdravstvenu zaštitu, u većem broju koriste privatnu praksu za rješavanje svojih zdravstvenih problema. Polazeći od radnog mjesta zdravstvenih radnika, uočava se da glavne medicinske sestre i doktori više koriste privatnu praksu u odnosu na druge kolege iz javnog zdravstvenog sistema.

Grafik 71. Korišćenje usluga privatnog zdravstvenog sistema

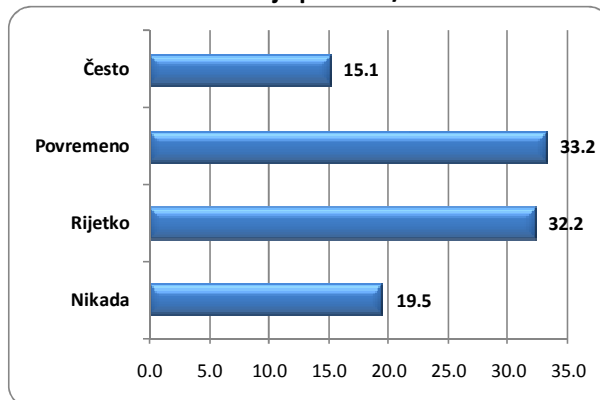
Zdravstveni radnici u značajnoj mjeri ne bi koristili usluge u privatnoj praksi i u slučaju kada bi im zdravstvenim osiguranjem bili pokriveni ti troškovi liječenja. Naime, 21,0% to ne bi uradilo nikada, a 18,0% rijetko. Sa druge strane, 18,0% bi se u ovom slučaju liječilo često u privatnoj praksi, a svaki deseti zdravstveni radnik (10,0%) uvijek.

Grafik 72. Da Vam se zdravstvenim osiguranjem pokriju troškovi liječenja u privatnoj praksi u kojoj mjeri biste koristili njihove usluge?

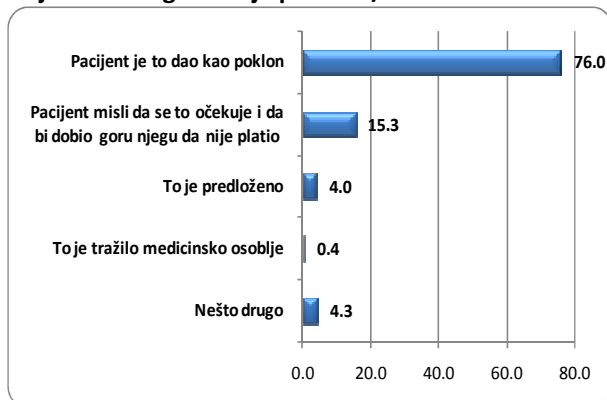
Ispitanici koji se ne bi liječili u privatnim zdravstvenim ustanovama (nikada i rijetko) kao glavni razlog navode da nema razlike u kvalitetu pružene usluge između javne i privatne zdravstvene zaštite. Tri od pet ispitanika koji bi iskoristili ovu mogućnost (često i uvijek) navode da je to zbog dobijanja usluge u trenutku kada im je potrebna (nema čekanja).

Grafik 73. Glavni razlog za korišćenje usluga privatnog zdravstvenog sistema ukoliko bi bili pokriveni zdravstvenim osiguranjem

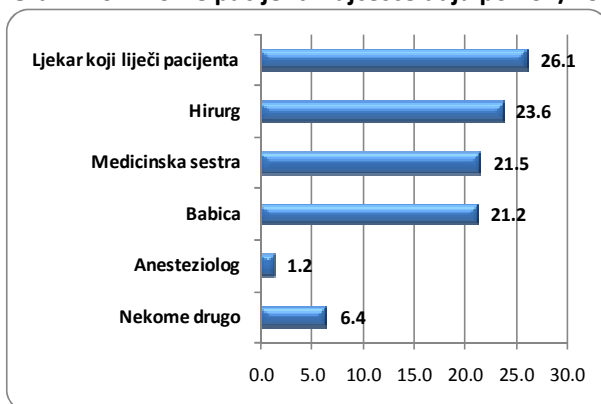
Zdravstveni radnici navode da se samo u jednom od šest slučajeva (15,1%), dešava da pacijenti često daju poklon/novac medicinskom osoblju. Za po jednu trećinu ispitanika davanje poklona/novca se dešava povremeno (33,2%) i rijetko (32,2%), a svaki peti ispitanik (19,5%) navodi da se to nikada ne dešava. Prema nivou mjesečnih prihoda domaćinstva, analiza podataka pokazuje da zdravstveni radnici sa višim prihodima češće navode da pacijenti daju poklon/novac medicinskim radnicima. Takođe, uočeno je da ostalo medicinsko i nemedicinsko osoblje, prije od ostalih medicinskih radnika, prijavljuje prisustvo davanja poklona/novca od strane pacijenata medicinskom osoblju.

Grafik 74. Učestalost davanja poklona/novca medicinskom osoblju

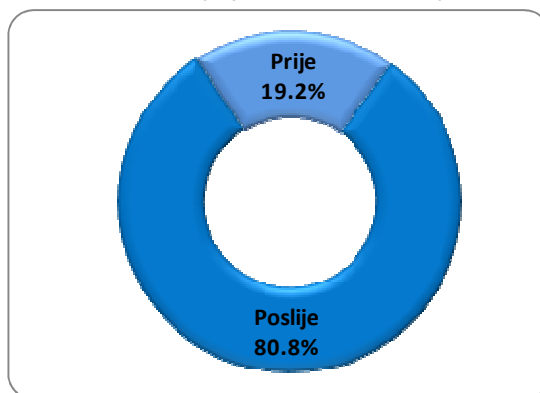
Visok procenat anketiranih zdravstvenih radnika kao najčešći razlog davanja poklona/novca medicinskom osoblju navodi da se to dešava na inicijativu pacijenata koji to daju kao poklon (76,0%) i da bi dobili bolju njegu (15,3%). Osim navedenih razloga, zdravstveni radnici navode i zahvalnost koju pacijenti osjećaju za pruženu uslugu, objašnjavajući da „*mentalitet našeg naroda u svojoj tradiciji ima potrebu da se zahvali za učinjenu uslugu u bilo kojoj sferi života*“ kao i to da se „*kod nekih doktora očekuje poklon u kovertama*“ i „*iz ponašanja zaposlenih se vidi da očekuju poklon*“.

Grafik 75. Najčešći razlog davanja poklona/novca medicinskom osoblju

Ispitani zdravstveni radnici su identifikovali medicinsko osoblje koje najčešće dobija poklone/novac od pacijenata: ljekar koji liječi pacijenta (26,1%), hirurg (23,6%), medicinska sestra (21,5%) i babica (21,2%).

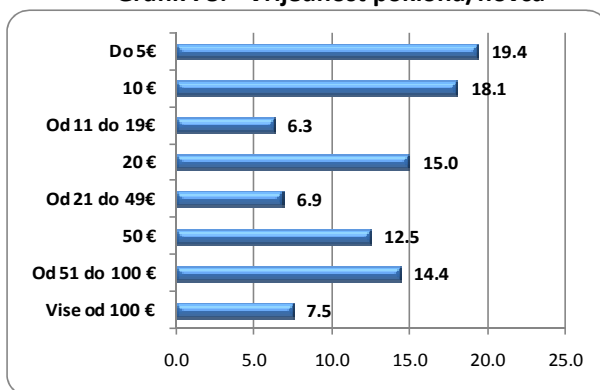
Grafik 76. Kome pacijenti najčešće daju poklon/novac?

U 19,2% slučajeva davanje poklona/novca se dešava prije pružanja, a u 80,8% slučajeva pošto je pacijentu pružena zdravstvena zaštita. Ostalo medicinsko i nemedicinsko osoblje najčešće odgovaraju da se davanje poklona/novca dešava prije, za razliku od lekara, medicinskih sestara i tehničara koji smatraju da je to poslije pružene zdravstvene usluge.

Grafik 77. Kada se davanje poklona/novca najčešće dešava?

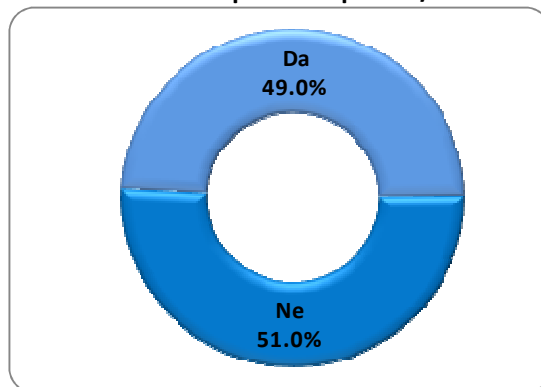
Prema odgovorima više od polovine zdravstvenih radnika, vrijednost poklona/iznos novca se kreće najviše do 20€. Glavne medicinske sestre najčešće navode vrijednost poklona/iznos novca do 10€, a doktori 20 i više eura. U 7,5% slučajeva zdravstveni radnici su naveli iznose veće od 100€, kao na primjer „sestre do 40€, hirurzi 300 do 500€, pa i do 1.000€, ginekolozi 250 do 300€“.

Grafik 78. Vrijednost poklona/novca



Kada je u pitanju (ne)prihvatanje poklona/novca od pacijenata, procenat zdravstvenih radnika je podijeljen. Naime, 49,0% navodi da je prihvatilo poklon/novac, a 51,0% da nije. Zaposleni koji su nekada prihvatili poklon najčešće navode da je u pitanju bila čokolada, kafa, voće i piće. Najčešći razlog prihvatanja zaposleni navode da pacijenti poklanjaju „kao znak zahvalnosti zbog ljubaznosti i brige za pacijenta“, „pacijenti se nađu uvrijeđeni ako odbiješ poklon, kako oni kažu "ovu sitnicu"“.

Grafik 79. Da li ste prihvatili poklon/novac?



6. SUMARNI PREGLED KLJUČNIH NALAZA - ZAKLJUČCI

Na osnovu prezentovanih rezultata istraživanja, mogu se izvesti sledeći najvažniji zaključci, na osnovu kojih treba predlagati i razvijati buduće akcije sa ciljem jačanja integriteta sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori:

- ✓ **Pacijenti na primarnom nivou zaštite pozitivno ocjenjuju uspješnost dosadašnje reforme zdravstvenog sistema.** Skoro 80% ispitanika reformu ocjenjuje uspješnom ili djelimično uspješnom. Zadovoljstvo sprovedenom reformom posebno je izraženo u sjevernom regionu, gdje više od 60% ispitanika reformu primarnog nivoa zdravstvene zaštite ocjenjuje kao uspješnu i veoma uspješnu. **Važna karakteristika uspješnosti sprovedene reforme je poboljšanje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga,** što potvrđuje visok stepen saglasnosti između odgovora ispitanika o dosadašnjoj reformi i promjeni kvaliteta zdravstvenih usluga: ispitanici koji su potvrdili zadovoljstvo sprovedenom reformom, potvrđuju i da je poboljšao kvalitet zdravstvenih usluga na primarnom nivou zaštite. Takođe, 45% anketiranog medicinskog osoblja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite potvrdilo je poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga u odnosu na period prije sprovođenja reforme.
- ✓ Kako navode ispitanici, **reforma je u najvećoj mjeri doprinijela poboljšanju kvaliteta odnosa pacijenta i ljekara, usljed činjenice da su ljekari bolje upoznati sa zdravstvenim stanjem i istorijom bolesti pacijenta.** Takođe, reforma je doprinijela smanjenju vremena čekanja na pregled, uvođenjem obaveze zakazivanja pregleda unaprijed. Sa druge strane, **prema mišljenju ispitanika pacijenata primarne zdravstvene zaštite, sprovođenjem reforme promjene se nijesu desile kada je u pitanju motivacije ljekara i medicinskog osoblja,** a bez promjene je opremljenost ustanova primarne zdravstvene zaštite.
- ✓ Kada je u pitanju koncept izabranog ljekara, **pacijenti su najzadovoljniji sa ljubaznošću izabranog ljekara, njihovom posvećenošću poslu i stručnošću.** Iako ispitanici navode da je najveći problem u zdravstvenom sistemu nemotivisanost ljekara, svog izabranog doktora smatraju dovoljno stručnim i posvećenim. Sa druge strane, **ispitanici su najmanje zadovoljni dostupnošću izabranog ljekara.** Zakazivanje telefonskim putem je često problem jer se niko ne javlja na telefon, a ukoliko je izabrani ljekar odsutan, pacijenti se žale da drugi ljekari neće da ih prime. U želji da prevaziđu ovaj problem, pojedini pacijenti zakazuju pregled kod izabranog ljekara svake nedjelje, jer „ne znaju kada će biti bolesni“. Takođe, ispitanici ocjenjuju da nijesu dovoljno uključeni u donošenje odluka o njihovom budućem liječenju, da ne postoji isti tretman prema svim pacijentima i da nemaju dovoljno vremena za postavljanje dodatnih pitanja tokom pregleda. **Ipak, više od 91% ispitanika potvrdilo je da do sada nije mijenjalo svog izabranog ljekara.**
- ✓ **Među korisnicima sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, nivo zadovoljstva funkcionisanja postojećeg zdravstvenog sistema u Crnoj Gori je nešto niži u odnosu na korisnike primarne zdravstvene zaštite.** Da bi se unaprijedio postojeći sistem zdravstvene zaštite u Crnoj Gori, pacijenti su u najvećem broju slučajeva navodili mjere koje bi poboljšale materijalne i tehničke uslove rada zaposlenih u javnom zdravstvenom sistemu, a prema mišljenju dvije trećine pacijenata (67,4%) kvalifikovano i obučeno ljekarsko osoblje je najvažniji segment zdravstvene zaštite.

Pored zadovoljstva dosadašnjom reformom i ukupnom uslugom koja se trenutno može dobiti u zdravstvenom sistemu Crne Gore, poseban predmet analize bila su neformalna plaćanja, definisana kao “davanja individualnom ili institucionalnom pružaocu usluga, u naturi ili gotovini, van službenih kanala plaćanja ili kupovine čiji je trošak trebao da pokrije zdravstveni sistem. Ovo obuhvata plaćanja ljekarima u “kovrti” i svaku “donaciju” bolnicama kao i vrijednost medicinskih sredstava koje kupi pacijent i vrijednost lijekova kupljenih u privatnoj apoteci, a koja je trebala da bude pokrivena iz zdravstvenog osiguranja”.

- ✓ Iako se neformalna plaćanja, bez obzira da li je u pitanju novac ili poklon, najčešće dešavaju nakon pružene zdravstvene usluge, **prisustvo neformalnih plaćanja u sistemu je značajno**. Kada su u pitanju pokloni/novac koje su pacijenti dali tokom boravka u bolnici medicinskom osoblju (za lijekove, zalihe i post-bolničku njegu), a koji se ne odnose na zvanična plaćanja u smislu participacije, nalazi analize upućuju na sljedeće: (i) 44,3% ispitanika nije platilo ništa osim onoga što je propisano (participacija), (ii) 55,7% je dalo novac/neki poklon medicinskom osoblju.
- ✓ **Istraživanje je pokazalo da su i pacijenti i medicinsko osoblje identifikovani kao incijatori neformalnih plaćanja za pruženu zdravstvenu uslugu.**
- ✓ Anketirani pacijenti su najčešće novac/poklone davali ljekarima koji ih liječe (70,1%²¹), medicinskim sestrama (68,1%) i babicama (27,1%) dok su se hirurzima (13,7%), anesteziolozima (3,5%) i laborantima i radiolozima (0,7%), novac/pokloni najrjeđe davali.
- ✓ Davanje poklona/novca najčešće slučaj kod pacijenata koji su u bolnici boravili zbog porođaja (71,5%). Polazeći od vrste operativnog zahvata davanje poklona/novca je najčešće prisutno kod operacija ginekološkog tipa, operacija oka, dojke, krajnika, žuči itd. (46,4%), kardiovaskularnih operacija (44,4%) i operacija abdomena (44,2%).
- ✓ **Najčešći motiv za neformalna plaćanja je osjećaj zahvalnosti** i to kod 60% pacijenata koji su novac/poklon dali ljekaru koji ih liječi; 68,4% pacijenata koji su novac/poklon dali sestri, i preko 75% pacijenata koji su novac/poklon dali babici. Sa druge strane, značajan broj pacijenata davanje novca shvata kao uslov kvalitetne medicinske njege, posebno kada su u pitanju anesteziolozi (44% pacijenata), laboranti i radiolozi (50% pacijenata). Kako je i prethodno navedeno, nalazi analize upućuju na zaključak da se davanje obavlja nakon pružene zdravstvene usluge. Jedino je u slučaju anesteziologa davanje uobičajeno prije pružanja zdravstvene usluge.
- ✓ Pacijenti su u prosjeku **platili 60€ na ime poklona/novca** medicinskom osoblju, odnosno neformalnih plaćanja. **Učešće neformalnih plaćanja u prosječnoj neto plati tokom 2010. godine iznosi 12,5%, a u bruto 8,3%**²². Sa druge strane, građani Crne Gore su navedenim iznosom od 60€ **povećali prosječna mjesečna primanja ljekara sekundarnog i tercijarnog nivoa u prosjeku od 5 do 6% po jednom davanju, a medicinskih sestara od 14% do 15%.**

²¹ Računanje procenata vršeno je uzimanjem osnovice koja se odnosi na broj ispitanika koji su naveli da su dali novac/poklon, pri čemu je jedan ispitanik mogao da navede više kategorija medicinskog osoblja kojem je dao novac/poklon.

²² Prosječna plata u 2010. godini je iznosila 479€ bez poreza i 715€ sa porezima i doprinosima, MONSTAT.

- ✓ Karakteristike ispitanika koji su najčešće dali poklon/novac medicinskom osoblju je sljedeća²³: (i) centralni region; (ii) žene; (iii) više i visoko obrazovanje; (iv) bave se privatnim biznisom, nezaposleni i zaposleni; (v) mjesečni prihod domaćinstva veći od 500€.
- ✓ U načelu, rezultati istraživanja nas navode na indirektan zaključak kada je u pitanju percepcija i stav ispitanika u pogledu prirode neformalnih plaćanja, a koji kaže da su, u najvećem broju slučajeva, neformalna plaćanja (bilo u obliku novca ili poklona) **sastavni dio tradicije crnogorskog mentaliteta i izražavaju osjećaj zahvalnosti pacijenta i njegove porodice za pruženu zdravstvenu uslugu.**
- ✓ U situacijama kada su se neformalna plaćanja desila prije ili tokom liječenja, ista su bila potvrda izrazenog uvjerenja da je ovaj vid davanja direktno povezan sa kvalitetom očekivane usluge i prepoznata kao mehanizam motivacije medicinskog osoblja da sa većim stepenom odgovornosti pruža zdravstvenu uslugu bilo pružanjem veće pažnje i informacija od strane ljekara, bilo bržim pružanjem medicinske njege ili, u krajnjem, boljom kliničkom uslugom.

²³ Kod navedenih karakteristika zastupljenost davanja poklona je veća od nacionalnog prosjeka, tj. od 49,4%.

7. PREPORUKE

Kao rezultat sprovedenog istraživanja, u nastavku su predstavljene sintetizovane preporuke koje treba da unaprijede nastavak reformskih aktivnosti u oblasti zdravstvenog sistema. Sprovedenjem predloženih preporuka će se smanjiti prostor za pojavu koruptivnih radnji, povećati transparentnost rada zdravstvenog sistema i povjerenje građana u dostupnost zdravstvene zaštite bez obzira na ekonomski i socijalni status.

Stečena iskustva i naučene lekcije iz procesa reforme sistema primarne zdravstvene zaštite treba prenijeti na "sledeću generaciju" reformi koja će biti usmjerena na sekundarni nivo zdravstvene zaštite sa prevashodnim ciljem da se poveća efikasnost bolničkog liječenja, sa akcentom na jačanje kapaciteta ginekološko-akušerskih jedinica i ambulantnih službi, i obezbjeđenje dovoljno sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite kroz bolje prikupljanje prihoda i unaprijeđenu dostupnost usluga sa garantovanim "osnovnim paketom" zdravstvene zaštite.

Unaprijediti transparentnost pružanja zdravstvenih usluga i kvalitet zdravstvene zaštite

- ✓ Dosadašnja reforma sistema primarne zdravstvene zaštite u Crnoj Gori pokazuje zadovoljavajuće rezultate, međutim, pošto je jedan od glavnih ciljeva uvođenja modela izabranog ljekara da se zdravstvena zaštita učini pristupačnijom i dostupnijom za veći broj građana, potrebno nastaviti sa sprovedenjem informativnih kampanja radi dalje edukacije i upoznavanja zaposlenih u zdravstvu i gradjana/ osiguranika sa osnovnim karakteristikama i načinom funkcionisanja modela organizacije primarne Z u Crnoj Gori.
- ✓ Takođe, potrebno je insistirati na dosljednoj primjeni pravila etičkog ponašanja zdravstvenih radnika, a u cilju jačanja povjerenja i demonstracije efikasnosti rada, omogućiti javno objavljivanje i kontinuirani uvid u liste čekanja na specijalističke preglede, dijagnostičke procedure, operacije i druge medicinske postupke. Dosljedna primjena pravila etičkog ponašanja uticaće na smanjenje neformalnih plaćanja koja su trenutno u značajnoj mjeri prisutna u sistemu.

Unaprijediti upravljanje ljudskim resursima (obučenos, specijalizacije, ocjena kvaliteta radnog učinka, rad u privatnom i javnom sektoru)

- ✓ Sa ciljem jačanja stručnosti medicinskog osoblja, nastaviti sa kontinuiranom edukacijom (specijalizacije, obuke/treninzi, učešće na naučnim skupovima) zdravstvenih radnika na svim nivoima. „Sigurnost“ posla u javnom zdravstvenom sistemu ne smije biti opravdanje za nezainteresovanost zdravstvenih radnika za nastavak profesionalnog usavršavanja. Definisanje jasnih kriterijuma za ocjenu rada zaposlenih u zdravstvenom sistemu koji bi bili predmet ocjenjivanja na godišnjem nivou, doprinijelo bi većoj zainteresovanosti medicinskog osoblja za dalje usavršavanje.
- ✓ Jasni kriterijumi zapošljavanja i napredovanja, kao i disciplinske mjere u slučaju prekršaja i obezbjeđivanje adekvatnih usavršavanja, dodatno će uticati na motivisanost medicinskog osoblja da obavljaju svoje zadatke.

- ✓ Na motivisanost medicinskog osoblja posebno bi uticala mogućnost da zarade i benefiti budu vezani za radna ostvarenja na način da profesionalizam, produktivnost rada i postignuti rezultati budu adekvatno nagrađeni.

Promjena sistema plaćanja medicinskog osoblja

- ✓ Kako je i ranije napomenuto, novčana kompenzacija u velikoj mjeri utiče na motivisanost medicinskog osoblja da revnosno obavlja svoje radne zadatke i umanjuje "prostor" za neformalna plaćanja. U tom smislu, potrebno je inaugurisati novi sistemem plaćanja koji neće biti baziran na inputima, već će promovisati rad, rezultate, produktivnost, efikasnost i efektivnost. Na ovaj način stvorice se uslovi da se kroz mehanizam ugovaranja sa pružaocima usluga osiguraju pristojna primanja, usklađena sa njihovim nivoom obrazovanja, vještinama i usavršavanjem, što bi u isto vrijeme pojačalo odgovornost medicinskog osoblja i definisalo mjere sankcija za slab učinak.
- ✓ U cilju objektivnog i transparentnog ocjenjivanja učinka medicinskog osoblja, potrebno je razviti integrisani informacioni sistem kojim bi se pratila produktivnost i efikasnost zaposlenih, i na osnovu toga određivale stimulacije, odnosno mjere sankcija.

Uvodjenje kontrole i obezbjedjivanje kvaliteta zdravstvenih usluga

- ✓ S obzirom na prepoznate najvažnije faktore uspješnosti reforme zdravstvenog sistema, među kojima su stručnost i motivisanost medicinskog osoblja, predlaže se sprovođenje interne kontrole i revizije kvaliteta rada zdravstvenih radnika čiji rezultati bi uticali na visinu mjesečnih primanja i sistem nagrađivanja.
- ✓ U cilju daljeg unaprijedjivanja kvaliteta rada, neophodno je sistemski uvesti i primjenjivati kontrolu kvaliteta pruženih usluga u skladu sa definisanim indikatorima kvaliteta, i razvijati nacionalne kapacitete u tom pravcu.
- ✓ Jedna od pretpostavki uspješne kontrole i obezbjedjivanja kvaliteta, kao i kontinuiranog praćenja rada i evaluacije kvaliteta pruženih usluga jeste uspostavljanje integralnog informacionog sistema u sektoru zdravstva kao jedne od alatki u upravljanju.

Jačanje odgovornosti: nadgledanje i odgovornost svih pružalaca zdravstvenih usluga i sankcionisanje onih koji krše uobičajenu i očekivanu praksu

- ✓ U cilju boljeg upravljanja i smanjenja neformalnih plaćanja, neophodno je poboljšati odgovornost medicinskog osoblja. Upravljanje resursima, uključujući ljudske mora biti poboljšano uvođenjem redovnih pisanih ocjena i evaluacija (kao osnovnih alata upravljanja) postignutog učinka, na osnovu čega će se definisati nagrada ili disciplinska mjera, u zavisnosti od rezultata evaluacije. U tom smislu, adekvatna kontrola je osnova izgradnje odgovornijeg sistema zdravstvene zaštite.
- ✓ U funkciji prethodnog je i predlog za veću autonomnost bolnica, uključujući i angažovanje i otpuštanje osoblja, na osnovu ocjene učinka. Transparentniji proces izbora i donošenja odluka o napredovanju medicinskog osoblja učiniće bolnice manje osjetljivim na eventualne zloupotrebe.

Učešće medicinske i lokalne zajednice u ocjenjivanju ostvarenog učinka

- ✓ Ostvarivanju boljeg učinka i kvalitetnijoj kontroli postignutog dodatno će doprinijeti aktivnosti na planu jačanja kapaciteta predstavnika građana i nevladinih organizacija koje se bave zaštitom prava građana i aktivne su u sektoru zdravstva da aktivnije učestvuju u procesu odlučivanja i u procesima strateškog planiranja, i ciljne kontrole budžeta.
- ✓ Kako je istraživanje pokazalo, neformalna plaćanja iniciraju se jednako i od strane pacijenata i od strane medicinskog osoblja. Iako je uobičajeno da se očekuje da praksa bude prekinuta isključivom akcijom države i institucija sistema, **neophodno je aktivno učešće javnosti u jačanju odgovornosti sistema**. Uključivanje građana u ocjenjivanje postignutog učinka može na koristan način upotpuniti regulatornu i administrativnu reformu.

Unaprijediti integraciju između javnog i privatnog sektora

- ✓ U cilju unapređivanja efikasnosti i racionalnosti korišćenja raspoloživih sredstava namijenjenih pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite, omogućiti liječenje pacijenata u privatnoj praksi za nedostatne zdravstvene usluge u javnom sistemu, što bi rezultiralo jačanjem sistema zdravstvene zaštite, boljom medicinskom njegom, promptno pruženom, tj. u trenutku kada je potrebna i prije svega orijentisanom na pacijente.
- ✓ Pažljivo preispitati mogućnosti i kapacitete privatnog sektora da učestvuje u realizaciji nekog vida dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao jednog od modaliteta smanjivanja i kontrole neformalnih plaćanja.

Pokretanje kampanje sa ciljem promjene postojeće kulture/tradicije o potrebi da se zahvalnost za pruženu medicinsku njegu iskazuje davanjem poklona

- ✓ Sve dok korisnici usluga ne budu doveli u pitanje značaj ili pravednost neformalnih plaćanja već ih budu prihvatili sa različitim objašnjenjima, neće doći do stvarne promjene. Stoga, neophodno je promovisati koncept profesionalizacije odnosa između pacijenata i zaposlenih radnika i insistirati na smanjenju stepena davanja (ne)materijalnih poklona iz „osjećaja“ zahvalnosti.
- ✓ Takođe, sugeriše se kontinuirano promovisanje suzbijanja kulture davanja/primanja poklona i ohrabrivanje prijema povratnih informacija od korisnika zdravstvene zaštite o radu zdravstvenih radnika i funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite.
- ✓ Razvijanjem svijesti o problemu i štetnosti neformalnih plaćanja kod pacijenata i zdravstvenih radnika, doprinijeće se izgradnji djelotvornog i pouzdanog sistema primanja i reagovanja na pritužbe pacijenata što će podstaći pacijente za prijavljivanje nesavjesnog i neprofesionalnog rada, odnosno pritužbi na rad zdravstvenih radnika.

Pokretanje informativnih kampanja o pozitivnim promjenama koje se dešavaju usljed sprovođenja reforme na bolničkom nivou, kako bi se doprinijelo jačanju svijesti pacijenata o njihovim pravima i izgradilo povjerenje u sistem zdravstvene zaštite.

- ✓ Spremnost pacijenata ili drugih osoba koji to rade umjesto njih, da plate za pruženu uslugu neće nestati sve dok se isti ne uvjere da uživaju ravnopravan tretman sa drugim pacijentima i da u svakom trenutku dobijaju maksimalnu medicinsku njegu, u odnosu na realne mogućnosti.