

**INFORMACIJA O ZAKLJUČIVANJU SPORAZUMA O SARADNJI IZMEĐU
MINISTARSTVA ZDRAVLJA CRNE GORE I REGIONALNE KANCELARIJE
SVJETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA EVROPU ZA 2024-
2025.GODINU, 10-12.APRIL 2024, LIMASOL, KIPAR**

Prijedlog Sporazuma o saradnji između Ministarstva zdravlja Crne Gore i Regionalne kancelarije Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu za 2024-2025.godinu sadrži program saradnje, uključujući i predložene outpute i rezultate, zasnovani na specifičnim potrebama zemlje, kao i na regionalnim i globalnim inicijativama i perspektivama SZO. Rezultat je zajedničkog definisanja odgovora na izazove u oblasti javnog zdravlja i u skladu je sa postojećim naporima koji se ulažu u cilju poboljšanja zdravstvenog statusa stanovništva u Crnoj Gori.

Dvogodišnji sporazum o saradnji ima opštu svrhu da se dostignu ciljevi 13: Opšteg programa za rad 2029-2025 (General Program of Work3- GPW), Evropskog programa za rad, 2020-2025- "Ujedinjena akcija za bolje zdravlje u Evropi" (European Program of Work) i nacionalne zdravstvene politike u Crnoj Gori.

Sporazum je strukturiran u tri glavna dijela:

- ✓ Strateški prikaz prioriteta u saradnji;
- ✓ Programski prioriteti za saradnju u 2024- 2025 godini, i
- ✓ Budžet i obaveze za 2024 -2025.

Sporazum sadrži takođe i tri aneksa: GPW13 okviri rezultati; Prioriteti, učinci i produkti ili servisi i uticaj u zemlji i okviri rezultati.

Ukupni budžet koji SZO izdvaja za implementaciju Sporazuma za dvogodišnji period iznosi 240.000 USD.

Strateški prioriteti definisani Sporazumom o saradnji između Ministarstva zdravlja Crne Gore i Regionalne kancelarije Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu, obuhvataju:

- Univerzalnu pokrivenost zdravstvene zaštite;
- Bolja zdravstvena zaštita u kriznim i vanrednim situacijama,
- Unapređenje zdravlja i blagostanja.

Tokom službenog boravka u Limasolu, delegacija Ministarstva zdravlja održaće bilateralni sastanak sa Regionalnim direktorom Kancelarije za Evropu Svjetske zdravstvene organizacije dr Hansom Klugeom. Tokom bilateralnog sastanka biće potpisan i Sporazum o saradnji između Ministarstva zdravlja Crne Gore i Regionalne kancelarije Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu za period 2024-2025 godinu.



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Biennial Collaborative Agreement

between

the Ministry of Health of Montenegro

and

**the Regional Office for Europe
of the World Health Organization**

2024–2025

Signed by:

For the Ministry of Health

Signature

Name Dr Vojislav Šimun

Date

Title Minister of Health

For the World Health Organization

Signature

Name: Dr Hans Henri P. Kluge

Date

Title Regional Director for Europe

Contents

INTRODUCTION..... 2

TERMS OF COLLABORATION..... 3

PART 1. STRATEGIC OUTLOOK ON COLLABORATIVE PRIORITIES 4

PART 2. PROGRAMMMATIC PRIORITIES FOR COLLABORATION IN 2024–2025. 11

PART 3. BUDGET AND COMMITMENTS FOR 2024–2025..... 12

3.1 Budget and financing 12

3.2 Commitments..... 12

 3.2.1 Commitments of the WHO Secretariat 12

 3.2.2 Commitments of the Government..... 12

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS..... 13

ANNEX 1: GPW 13 RESULTS FRAMEWOR 14

ANNEX 2: PRIORITIES, OUTCOMES, OUTPUTS AND PRODUCTS OR SERVICES. 16

ANNEX 3: COUNTRY IMPACT AND RESULTS FRAMEWORK..... 19

Introduction

This Biennial Collaborative Agreement (BCA) between the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (WHO/Europe) and the Ministry of Health of Montenegro for the biennium 2024–2025 constitutes a practical framework for collaboration, agreed through a process of successive consultations between national health authorities and WHO/Europe on behalf of WHO. The overall aim is to achieve the targets of WHO’s Thirteenth General Programme of Work, 2019–2025 (GPW 13), the European Programme of Work, 2020—2025 – “United Action for Better Health in Europe” (EPW) and the national health policies of Montenegro.

GPW 13 provides a high-level strategic vision for the work of WHO and its Member States, and an overall direction for the current seven-year period that started in January 2019. WHO’s Programme budget 2024–2025, as approved by the Seventy-six World Health Assembly, aims to turn the vision of GPW 13 into reality by delivering positive health impacts for people at country level. The GPW 13 Results Framework (see Annex 1) demonstrates how its inputs and outputs translate into, and are crucial for achieving, the Triple Billion targets of GPW 13 (shown in Annex 1) and for maximizing the impact on people’s lives at country level.

The BCA, grounded in GPW 13 and the 2030 Agenda for Sustainable Development, delivers on the concepts, principles and values underpinning the EPW, which was adopted by the WHO Regional Committee for Europe at its 70th session in 2020. Thus, in line with the EPW, the BCA aims to support Montenegro in promoting universal access to quality care without fear of financial hardship, offering effective protection against health emergencies and building healthy communities where public health actions and appropriate public policies secure a better life in an economy of well-being.

Description of the BCA

Through a consultative process, WHO and Montenegro agreed on the broad prioritization of areas for collaboration. These areas were reviewed and refined in the preparation of this document, which further details the collaboration programme, including the prioritized outcomes, proposed outputs, and product and service deliverables.

Achieving the prioritized outcomes identified in this BCA is therefore the responsibility of both the WHO Secretariat and Montenegro.

BCAs will be implemented through optimal modes of delivery, ranging from country-specific (for outputs that are highly specific to the needs and circumstances of individual countries), to intercountry (addressing countries’ common needs using approaches across the WHO European Region) and multicountry (for subregional needs).

Terms of collaboration

During the biennium, the collaborative programme may be revised or adjusted by mutual agreement, where prevailing circumstances indicate a need for change.

The biennial programme budget outputs for 2024–2025 may be amended by mutual agreement in writing between WHO/Europe and the Government of Montenegro as a result of, for example, changes in the country's health situation, changes in the country's capacity to implement the agreed activities, specific needs emerging during the biennium, changes in WHO/Europe's capacity to provide the agreed outputs or changes in funding. Either party may initiate amendments.

The Ministry of Health will nominate a WHO national counterpart and national technical focal points. The national counterpart will be responsible for the overall coordination of the implementation of the BCA on behalf of the Ministry of Health and will liaise with all national technical focal points on a regular basis. The WHO Representative, the Head of the WHO Country Office in Montenegro will be responsible for implementing the BCA on behalf of WHO, in close coordination with and overseen by WHO/Europe, and will coordinate any required support from WHO headquarters.

Implementation will start at the beginning of the biennium 2024–2025.

WHO will allocate a baseline budget for the biennium as an indicative estimated cost of delivering the planned work. To the extent possible, this budget allocation will encompass the total expenditure for implementation of the BCA, regardless of which level of WHO will deliver the work. Funding will come from both WHO corporate resources and other resources mobilized through WHO. These funds will not be used to subsidize or fill financing gaps in the regular operations and delivery of services of the health sector, to supplement salaries or to purchase supplies. Activities and purchases of supplies and donations as part of crisis response operations or demonstration projects will continue to be funded through additional mechanisms, in line with WHO rules and regulations.

Expenditures on WHO staff based in WHO headquarters, WHO/Europe and the Country Office in Montenegro are not reflected in the indicated budget.

The value of the Government's input, other than that channelled through the WHO Secretariat, is also not included in the BCA or the indicated budget.

This BCA is open to further development and contributions from other sources, to supplement the existing programme or to introduce activities that have not been included at this stage.

PART 1. Strategic outlook on collaborative priorities

1.1. Health situation analysis

1.1.1 The country context

The Montenegro is covering a geographic area of just under 14,000 km² and a population size of 626,102 people (in year 2024) (MONSTAT, Online). It faces many of the demographic challenges shared by small countries in South-east Europe (SEE), specifically population aging and a declining birth rate (Eurostat, 2021; WHO, 2022a).

Montenegro regained independence in May 2006. Its economy depends heavily on tourism as a source of income. Despite stable economic growth, a high unemployment rate has generally persisted: In 2021, 16.6% of the total labour force was unemployed. (MONSTAT, Online). Figures improved slightly by the second quarter of 2022, when unemployment dropped to 14.6% of the total labour force.

Rates for the population living below the Montenegrin national poverty line remained stable at around 24% from years 2012 to 2019, with a slight reduction in 2019 (22.6%) (World Bank, 2022a). When considering individuals at-risk-of-poverty by region, people living in Northern areas are at greater risk (44.5%) than those residing in the centre (14.8%) and in the south (11.6%) of the country (Eurostat, 2021). 32.6% of children (aged 0 to 17 years) were at-risk-of-poverty in 2020 (Eurostat, 2021). According to a report published by the United Nations (2021), the social groups most heavily impacted were children, women, refugees, asylum-seekers, stateless persons, Roma and Egyptian communities, and people living with disabilities.

Over the last decade, GDP growth (annual %) fluctuated. From 2010 to 2019, Montenegro's GDP grew 2.87% on average – a value that exceeded that of the EU's 1.59% and which was on par with the 2.78% for countries in the Western Balkans (MONSTAT, Online; World Bank, 2022a). Owing to the pandemic, Montenegro experienced an alarming recession of -15.2% growth in 2020 (MONSTAT, Online). The country recovered strongly in 2021, with an increase of 13% (MONSTAT, Online).

In Montenegro, as in most countries with economic growth, total health expenditures increased faster than GDP. In 2017, for example, total health expenditures in MNE accounted for 7% of GDP, more than the global average (6%), but remained less than the average for the WHO European Region (8%).

The rise of health care costs will be amplified by the emergence of new drugs and increasingly sophisticated diagnostic and treatment procedures.

1.1.2 Health and health equity situation in the country

According to the 2023 Sustainable Development Report, Montenegro was ranked 67 out of 166 countries, based on SDG Index Rank. The level of SDG targets achievement by Montenegro is 71.4%, positioned below the regional average (71.8%). It has 48.3% of SDG3 (Health) targets assessed as being achieved or on track, which is considered as “moderately improving, insufficient to attain goal”.¹

In line with the Montenegrin National Strategy for Sustainable Development by 2030 (Government of Montenegro, 2016), Montenegro has made important strides in pursuing various targets of SDG3. The country has reached targets specific to preventable deaths of neonates and children under 5 years (SDG target 3.2) and has made slight-to-partial gains in the

¹ [Sustainable Development Report 2023 \(sdgindex.org\)](https://sdgindex.org)

areas of maternal mortality, noncommunicable diseases, mental health and well-being (SDG target 3.4), as well as universal health coverage (SDG target 3.8; note that this indicator is not disaggregated to reflect the groups that benefit from expansion in coverage). Nevertheless, significant challenges persist, particularly relating to reducing premature mortality from noncommunicable diseases (SDG target 3.4) and achieving universal health coverage (SDG target 3.8), where current trends show that Montenegro is off-track to reach the SDG targets. Particularly problematic is the area of ensuring access to universal sexual and reproductive care services (SDG target 3.7), for which major challenges persist. More specifically, the proportion of women of reproductive age reported to have their need for family planning satisfied with modern methods was only 27.8% in the year 2018. Moreover, despite a dramatic decline over the years 2000–2018, from 22.9 to 10.0 per 1000 women aged 15–19 years, the adolescent birth rate remains high.

The 2019 WHO estimate UHC index score for Montenegro was 72, increasing by 17% since 2000. Official national data are not currently available.

Montenegro has made great strides in improving life expectancy at birth, increasing the average life expectancy from 74.1 years in 2000 to 75.9 years in 2020 (Eurostat, 2020). This was on a par with the average for south-eastern Europe (approx. 75.5 years), but below the averages for the WHO European Region (78 years in 2017) and the European Union (80.4 years in 2020) (Eurostat, 2020).

The burden of noncommunicable diseases (NCDs) continues to cause 94% of deaths and 80% of years lived with disability in Montenegro. Cardiovascular diseases cause more than half of all deaths, and cancers are responsible for one fifth of all deaths.

The high burden of NCDs results in high premature mortality, preventing Montenegro from achieving its full potential in human health and well-being. Montenegro is off-track to reach its target of a one-third reduction in premature mortality from NCDs by 2030 (i.e., defined as death before the age of 70). Mortality levels remain high, and every fifth person dies before the age of 70 years from one of the four major NCDs. Levels of premature NCDs mortality among males are almost twice as high as among females. Cardiovascular diseases (CVDs) caused approximately twice as many premature deaths as cancers in 2009 (WHO, 2019c).

Unhealthy diets, tobacco and alcohol consumption are the main public health threats in Montenegro. Following high systolic blood pressure, which was estimated to account for almost 34% of all deaths in 2019, tobacco and dietary risks emerged as the second and third major risk factors responsible for an additional 28.0% and 23.3% of all deaths, respectively (Institute of Health Metrics and Evaluation, n.d.).

Tobacco use in Montenegro is very high: among those aged 15 years and over, the prevalence of use was estimated at 32.8% for the year 2020. This value exceeded the prevalence found in the rest of the WHO European Region (25.0%), South-eastern Europe (29.8%) and the European Union (24.7%). Concerning **alcohol**, total consumption per person and year for people aged 15 years and above was estimated at 12.2 litres of pure alcohol per capita (aged 15 years and above) in 2019, which was an increase from 11.1 litres in 2015 and also much higher than the 2019 WHO European Region average of 9.5 litres (GHO, n.d.b). Alcohol consumption in 2018 was much higher among males (18 litres) than among females (5 litres) (World Bank, 2022b). A 2018 WHO study on health determinants also highlighted that **dietary issues** such as high sugar consumption and high salt intake are behaviours that also need addressing in order to reduce noncommunicable diseases in Montenegro (D'Elia et al., 2019).

A report on **trans-fat elimination** published by WHO (2021a) showed that the proportion of coronary heart disease deaths due to trans-fatty acid intake (>0.5% energy) was 2.04% in 2019 for Montenegro, presenting similar figures to Albania (2.08%) and Serbia (2.04%) and higher figures than Bosnia and Herzegovina (1.35%) and North Macedonia (1.81%).

Montenegro joined the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) in 2016 (WHO Regional Office for Europe, 2021b). According to the results derived from measurement of children aged 7 years, 37.4% of boys and 28.8% of girls were overweight or obese (8.7% of girls and 18.9% of boys were obese) (WHO Regional Office for Europe, 2021b). Data also demonstrated that Montenegro has a very high prevalence of overweight and obesity among children aged 7–9 years (compared with 36 other countries of the WHO European Region) and urgent public health action is needed to reverse these trends (WHO Regional Office for Europe, 2021b).

Notably, the COVID-19 pandemic worsened the already declining rates of childhood vaccination observed in Montenegro over the last decade – particularly for vaccines against tuberculosis (BCG), poliomyelitis (three vaccine doses), measles (measles-containing vaccine dose 1) and hepatitis B. BCG vaccination coverage dropped from 93% in 2018 to 67% in 2020 (WHO, 2022e) and the first dose of vaccine against measles, mumps and rubella (MMR) was received by only 12% of all children born in 2020 (WHO, 2022).

In 2018, Montenegro recorded the fourth highest antimicrobial consumption rate per capita in the WHO European Region, after Greece, Türkiye and Cyprus.

In addition to behavioural risks, poor air quality is a leading environmental factor adversely affecting health and well-being in Montenegro. According to WHO guidelines, air quality in Montenegro is “moderately unsafe”, with an annual mean concentration of particulate matter 2.5 microns or less in diameter (PM_{2.5}) of 21 micrograms per cubic metre ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), exceeding the WHO-recommended maximum of 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. In 2018, exposure to high concentrations of PM_{2.5} caused an estimated 8600 years of life lost to the Montenegrin population and 640 premature deaths (EEA, 2020).

People with disabilities continue to face substantial barriers to care in Montenegro. Although there are no accurate data about the number of disabled persons, estimates by WHO for Europe indicate that there are around 280 009 people in Montenegro with at least one condition that would benefit from rehabilitation services, contributing to 32 360 years lived with disability (WHO Regional Office for Europe, 2022d). Of this group, children with disabilities experience severe barriers in accessing quality health, education, social and child protection services and suffer from limited inclusion in society (European Commission, 2021, 2022).

In 2021, there were 6109 road traffic crashes, an increase of 32.9% when compared with the 2020 figure (4695).

During the pandemic many essential services were cancelled including the screening programs. Hence the coverage rate was just 30% of the eligible population (WHO, 2022f) and there was a decline in the number of primary health care consultations (WHO, 2022a).

The country lacks an operational monitoring and evaluation system. Moreover, data collection (e.g. population health statistics and financing statistics) is largely fragmented, statistics are often not publicly available, and data are not often enough used (or insufficiently usable) for decision-making purposes. This hampers the capacity of the health system to effectively and efficiently respond to health needs and to ensure access to state-of-the-art, evidence-based services and medicines. This, in turn, can endanger patient safety. As a result, the Montenegrin health information system must be improved with an eye to interoperability, integration and user-friendliness, as well as to improving quality and national health security.

Regarding resources and infrastructure in place explicitly dedicated to health emergencies, insufficient core capacities under the International Health Regulations (2005) (IHR (2005)) (WHO, 2005), the absence of a discrete budget for emergencies, and poor financing and governance mechanisms in place to facilitate the country’s acquisition of medicines and medical products show the dire need for action to strengthen emergency prevention, preparedness and response.

Until December 2021, health care was financed through payroll insurance contributions (primarily) and Government transfers. As of January 2022, the Government budget is the only public source of financing for health.

In 2019, current spending on health as a percentage of GDP was 8.33%. This fell below the average for European Union Member States (9.92%) but was similar to the levels seen in other western Balkan countries (WHO, 2022b). However, in 2020, at the height of the COVID-19 pandemic, Montenegro substantially increased spending on health from 8.33% (2019) to 11.4%. However, this occurred against the backdrop of a dramatic decrease in annual GDP growth, which fell from 4.1% to –15.33% over the period 2019 to 2020 (World Bank, n.d.). This is in contrast to developments in current health spending in other countries of the Region and the European Union average, which remained stable or increased slightly (i.e. none raised levels by more than 1 percentage point).

In terms of public spending on health as a percentage of GDP, this amounted to 5% for Montenegro in 2019, which is largely in line with spending since 2011. Government spending on health corresponded with figures for other countries in the subregion (with Bosnia and Herzegovina being an exception at 6.2%), but still fell below the European Union average of 7.43%. Considering figures for 2020, it is noteworthy that public spending on health as a share of GDP increased substantially in Montenegro in 2020 (by 2 percentage points). By contrast, other countries in the western Balkans and the European Union increased this ratio only slightly in the same year (WHO, 2022b).

When considering Government health expenditure per capita (purchasing power parity (PPP), current international dollars) across the years 2011–2019, Montenegrin spending was consistently and substantially lower than the European Union average. Still, there was a sharp increase over this period, from \$690.02 in 2011 to \$1408.78 in 2020 (latest data available; WHO, 2022b). Since 2015, Montenegro has spent more per person than all other countries of the western Balkans. Even though all countries of the Region increased public health spending per capita between 2019 and 2020, Albania being an exception, the Montenegrin increase was much more substantial (\$255.04) (WHO, 2022b). Still, it bears repeating that as a share of its economic resources, Montenegrin public health spending up until the year 2020 was consistently lower than that of most countries in its subregion, and remains lower than the European Union average.

Regarding spending by types of health care, data are largely lacking. According to national estimates (reported by WHO (2022a)), curative care, medical goods and preventive care represented 42.6%, 8.9% and 1.2% of total health expenditure in 2019, respectively. Still, a large share of expenditure remains unaccounted for by these figures, and the spending imbalance between curative and primary care is reported to be substantial.

Out-of-pocket payments are high, accounting for 39% of current spending on health in 2019, and almost 10% of all households experienced catastrophic health spending in 2017 (WHO Barcelona Office for Health Systems Financing, in press). Most out-of-pocket payments are for outpatient medicines and dental services; informal payments for health services also exist.

Financial barriers to utilizing health services are compounded by disparities and shortages in the availability of health providers and infrastructure in the country. These problems are further exacerbated by underutilization of primary health care, which has limited resources and capacities to take on a greater role in the prevention, early detection or treatment of chronic NCDs, including the much-neglected areas of care pertaining to mental health, sexual and reproductive health, rare diseases and palliative care.

1.1.3 The national health and development agenda

With support from the World Health Organization, the Ministry of Health and Institute of Public Health engaged with key stakeholders throughout October – December 2022 and identified the following strategic priorities to be implemented in the next 5 years:

1. A new model of care with an emphasis on primary care
2. Address the determinants of health and reduce the prevalence of health risks factors through multi- and inter-sectoral action
3. Strengthen the health sector capacities to better prevent, respond, and recover from health emergencies and future crises

The strategic objectives as laid out in the National Health Development Strategy 2023-27 and the accompanying action plan provide a roadmap for achieving better health outcomes and serves as a unifying framework for all stakeholders involved in the health sector, including development partners.

Optimizing budget allocations for health, sufficiently widening the fiscal space and prioritizing health in public spending, with an emphasis on UHC, while ensuring fiscal sustainability, remains the basic requirement of funding policies in the National Health Development Strategy. While ensuring efficient use of available health resources, “smart investment” in health is imperative. This is crucial for achieving UHC and the health-related SDGs, as well as for sustainably financing the health needs of the population of the Republic of Montenegro.

Having opened all chapters of the EU’s acquis Communautaire and with three chapters already successfully closed, Montenegro has demonstrated strong commitment to making progress toward EU integration and accession (European Commission, 2021). On Chapter 28 of the EU Acquis Communautaire, Montenegro has been reported as moderately prepared on consumer and health protection, with progress particularly on tobacco control and smoking in public places (European Commission 2020, 2021). And while progress has generally been made on alignment, the European Commission (EC) has called on Montenegro to ensure the necessary implementation capacities to implement the EU acquis.

1.1.4 The partnership environment

Partnership and collaboration is at the heart of Montenegro political and development agenda. Montenegro has actively engaged with various international partners and organizations, but also bilaterally to mobilize means to implement the 2030 Sustainable Development Agenda and EU integration agenda and address its development challenges.

The strength of collaboration and partnership helped the country meet the needs of its citizens, particularly during the COVID-19 pandemic, reduce the socio-economic impacts and accelerate progress to sustainable and inclusive growth and development. The country is making efforts to harness enormous potential of collaboration in areas such as digital transformation, with the Sustainable Development Goals as cornerstones of their strategic approaches.

Efforts to meet the requirements of the acquis, will bring Montenegro closer to achieving the SDGs. The United Nations Sustainable Development Cooperation Framework (UNSDCF) 2023-2027 was developed to accelerate progress towards the 2030 agenda and EU accession. The three strategic priorities in the UNSDCF are: Inclusive Economic Development and Environmental Sustainability, Human capital development, reducing vulnerability, social inclusion and people-centred governance, rule of law and human rights. Achieving the universal health coverage has been recognized as one of the core prerequisites for delivering on the identified strategic priorities.

1.2. Strategic priorities and key interventions (~~maximum 2 pages~~)

The collaboration programme for 2024–2025, as detailed in Annex 2, is grounded in the above analysis. It was mutually agreed on and selected in response to public health concerns and ongoing efforts to improve the health status of the population of Montenegro.

The National Health Strategy of Montenegro establishes the following objectives:

Based on national Strategic Priorities, the focus will be on the following key interventions, support drawing on EPW pillars and flagships, namely:

Strategic Priority 1: Strengthened country capacities to deliver on universal health care through improved access to quality essential services, strengthening financial protection and improving access to safe medicines (outcomes 1.1.1; 1.1.2; 1.3.2; 1.3.5;)

- Technical assistance to strengthening quality of essential health services
- Technical assistance to strengthen national capacities to manage specific diseases and conditions through a public health approach
- Technical assistance on improving governance for better availability and affordability of medicines and other health technologies
- Support national AMR action plan implementation and strengthening of intersectoral governance

Strategic priority 2: Healthy and active lifestyles, promoting health and well-being (outcomes 3.1.1; 3.2.2; 3.3.1)

- Technical assistance to support national capacities address social determinants of health across the life course
- To provide support to manage NCDs and related risk factors effectively
- Technical assistance to strengthening country capacities to address environmental determinants, including climate change and creating an enabling environment for healthy settings

Strategic priority 3: Strengthened country capacity for emergency preparedness and response

- Provide technical support for strengthening emergency preparedness (strengthening IHR core capacities and NHSAP)
- Strengthening essential emergency medical services (EMS)

Strategic priority 4: Strengthened country capacity in data and innovation (outcomes 4.1.1)

- Technical assistance to strengthening mortality statistics for evidence based health policy making

1.3. Implementing arrangements (~~1/2 page~~)

The WHO Country Office in Montenegro was established in 2008. It consists of two staff: the Head of office and Business Operations Associate. The Head of office in Montenegro is responsible for implementing the BCA on behalf of WHO, in close coordination with and

overseen by WHO/Europe, and will coordinate any required support from WHO headquarters. BCAs will be implemented through optimal modes of delivery, ranging from country-specific (for outputs that are highly specific to the needs and circumstances of individual countries), to intercountry (addressing countries' common needs using approaches across the WHO European Region) and multicountry (for subregional needs). The following delivery modes will be used for implementation of BCA, based on needs analysis and in mutual agreement with the country: technical expertise, policy dialogues, capacity building, study visits, exchange of best practises and etc.

Ministry of Health (MoH) will be the main implementing partner in Montenegro. Other implementing partners (e.g Institute of Public Health, Institute for Medicines and Medical Devices, Health Insurance Fund, Emergency Medical Agency, Medical Faculty, health care providers (Clinical center of Montenegro, PHC), civil society organisations, academia will also be engaged if necessary, in agreement with the MoH.

1.4. Monitoring and evaluation

Annual monitoring, mid-term, and final review/evaluation activities are scheduled. The WHO Secretariat will provide reports on its annual and biennial program budget implementation to the Regional Committee. For the monitoring and evaluation purposes, the UNDCF framework will also be considered.

PART 2. Programmatic priorities for collaboration in 2024–2025

The collaboration programme for 2024–2025, as detailed in Annex 2, is grounded in the above analysis. It was mutually agreed on and selected in response to public health concerns and ongoing efforts to improve the health status of the population of Montenegro.

The collaboration programme for 2024–2025, as detailed in Annex 2, is grounded in the above analysis. It was mutually agreed on and selected in response to public health concerns and ongoing efforts to improve the health status of the population of Montenegro.

The BCA provides platform to mobilize necessary support to Montenegro in maximizing the opportunities for promoting population health and reducing health inequities, ensuring universal health coverage and protection from emergencies by taking an intersectoral, health-in-all policies approach with a solid society engagement.

An additional consideration, taken into account during BCA development, is the European Program of Work and Roadmap for Health and Well-being in the Western Balkans, which outlines a vision for how the WHO Regional Office for Europe can support health authorities across the Region to rise to their challenges individually and collectively.

The following GPW13 outcomes have been chosen for the 2024-2025 biennium:

- 1.1 Improved access to quality essential health services
- 1.2 Reduced number of people suffering financial hardship
- 1.3 Improved access to essential medicines, vaccines, diagnostics, and devices for primary health care
- 2.1 Countries prepared for health emergencies
- 2.3. Health Emergencies rapidly detected and responded to
- 3.1 Determinants of health addressed
- 3.2 Risk factors reduced through multisectoral action
- 3.3 Healthy settings and Health-in-All Policies promoted
- 4.1 Strengthened country capacity in data and innovation

PART 3. Budget and commitments for 2024–2025

3.1 Budget and financing

The total budget of Montenegro BCA is US\$ 240 000. All sources of funds will be employed to finance this budget as funds are mobilized by both parties and become available.

In accordance with World Health Assembly resolution WHA74.3, the WHO Director-General will make known the distribution of available funding, after which the WHO Regional Director for Europe can consider WHO/Europe's allocations to the BCA.

The WHO Secretariat will report on its annual and biennial programme budget implementation to the WHO Regional Committee for Europe and the World Health Assembly.

3.2 Commitments

The Government of Montenegro and the WHO Secretariat jointly commit to working together to mobilize the funds required to deliver this BCA.

3.2.1 Commitments of the WHO Secretariat

WHO agrees to provide, subject to the availability of funds and WHO's rules and regulations, the outputs and deliverables defined in this BCA. Separate agreements will be concluded for any local cost subsidy or direct financial cooperation inputs at the time of execution, in line with WHO's rules on procurement.

3.2.2 Commitments of the Government

The Government shall engage in the required policy and strategy formulation and implementation processes, and, to the extent possible, provide workspace, personnel, materials, supplies, equipment and local expenses necessary to achieve the outcomes identified in this BCA.

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

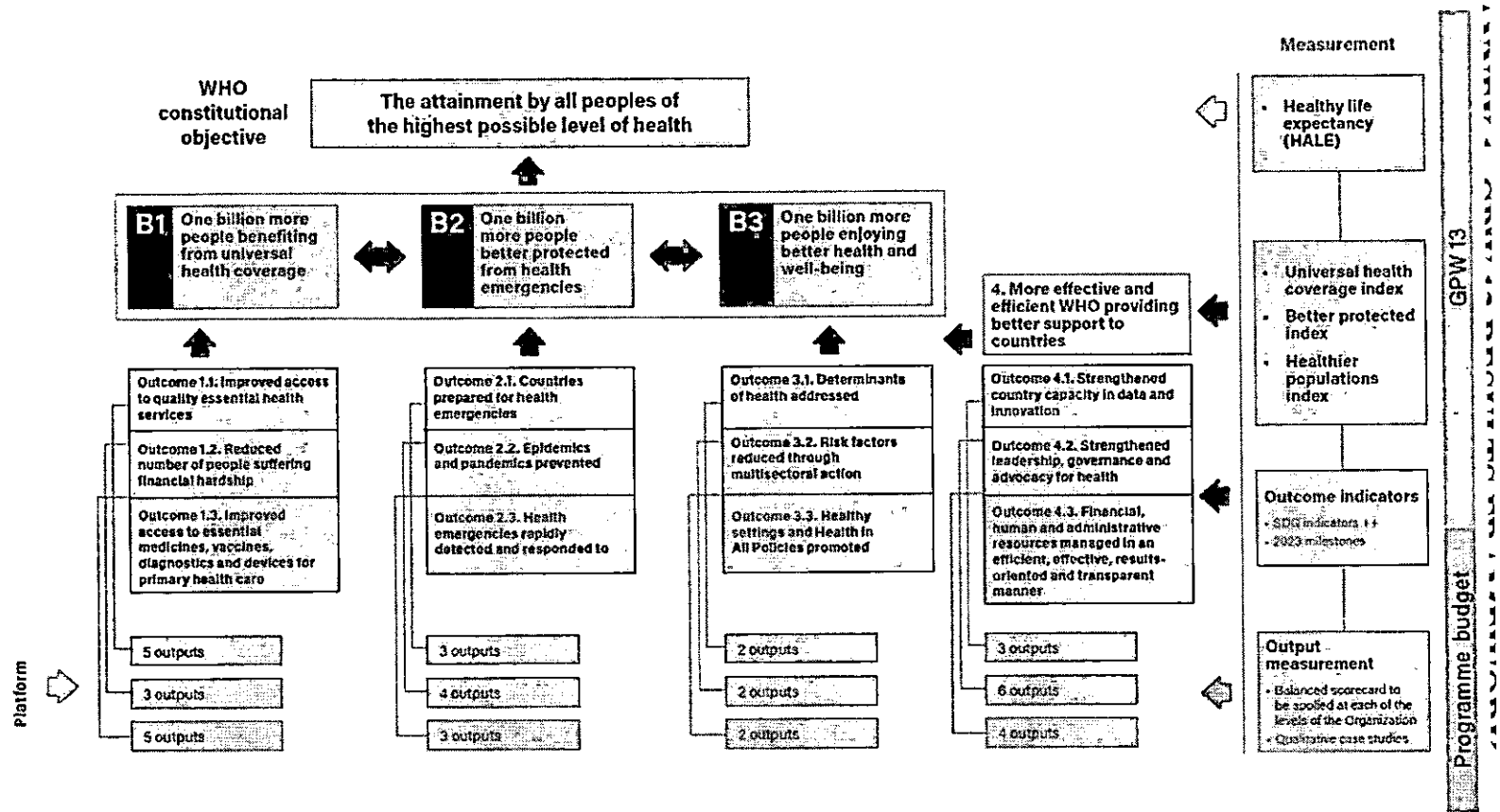
General abbreviations

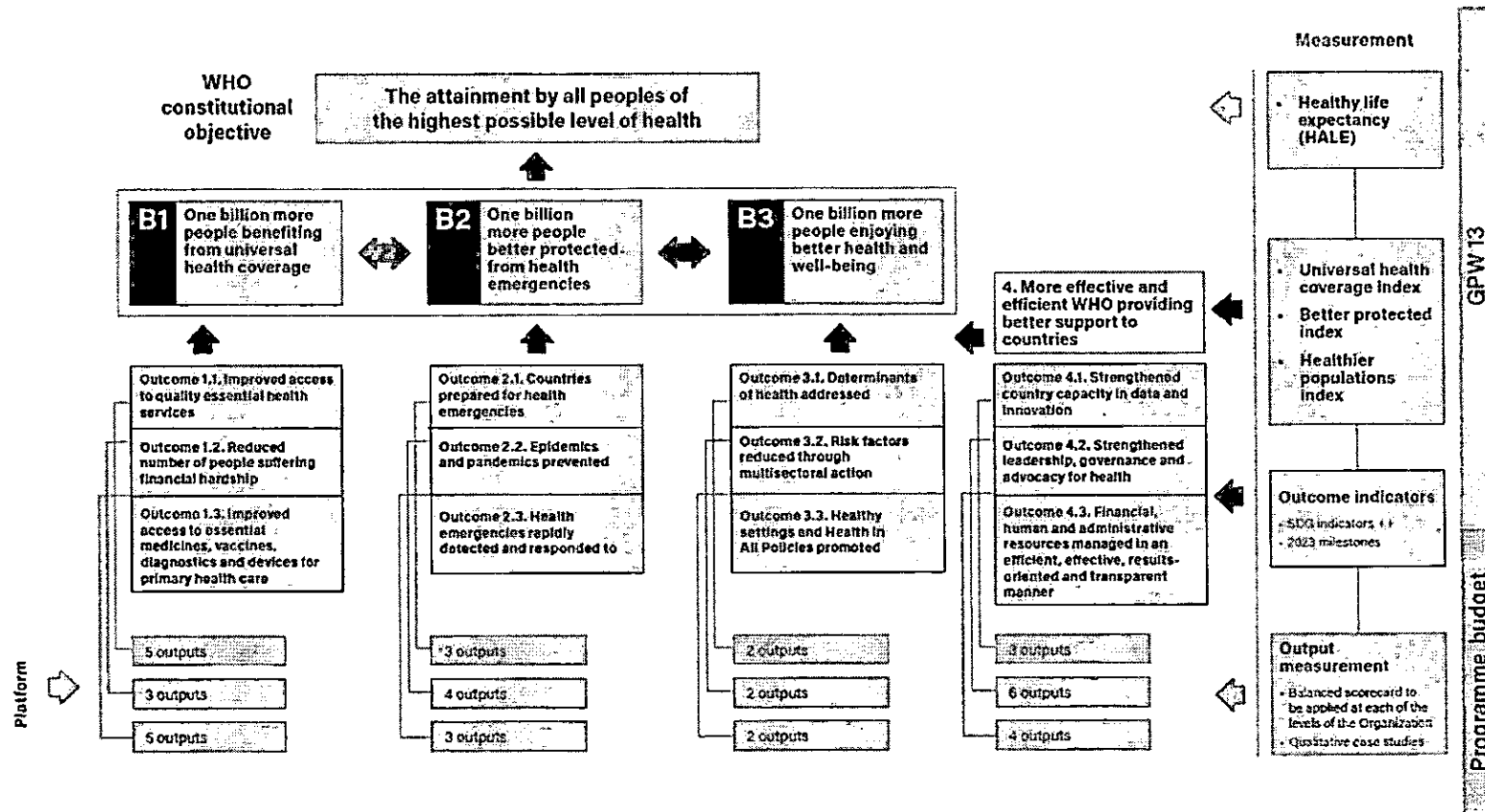
BCA – Biennial Collaborative Agreement
EC - European Commission
EEA – European Economic Area
EU – European Union
EUROSTAT – Statistical office of the European Union
EPW – European Programme of Work 2020–2025 – “United Action for Better Health in Europe”
GDP – Gross domestic product
GHO - Global Health Observatory
GPW 13 – WHO Thirteenth General Programme of Work, 2019–2025
MOH – Ministry of health
MONSTAT – Statistical office of Montenegro

PPP - Purchasing power parity
SEE - South-east Europe
SDG – Sustainable development goals
UHC - Universal health coverage
UNSDCF – United Nations Sustainable Development Cooperation Framework
WHA – World Health Assembly

Technical abbreviations

AMR – Antimicrobial resistance
AMR NAP – Antimicrobial resistance national action plan
BCG – Bacillus Calmette–Guérin vaccine
CVDs – Cardiovascular diseases
COVID-19 - Coronavirus Infectious Disease with SARS-CoV-2 novel Coronavirus
EMS – Emergency medical services
HIV – Human immunodeficiency virus
MMR – Measles, mumps and rubella
NCD – Non communicable diseases
NHSAP – National health security action plan
PHC – Primary health care
STEPS - WHO STEPwise approach to NCD risk factor surveillance
STIs – Sexually transmitted infections
TB - Tuberculosis
WASH – Water, sanitation and hygiene





ANNEX 2: PRIORITIES, OUTCOMES, OUTPUTS AND PRODUCTS OR SERVICES

Biennial Collaborative Agreement (BCA) – Montenegro

Strategic priority (SP)/ Output outcome	Output	Description of products or services
SP1. One billion more people benefiting from universal health coverage		
1.1 Improved access to quality essential health services	1.1.1 Country enabled to provide high-quality, people-centred health services, based on primary health care strategies and comprehensive essential service packages.	Provide strategic policy advice to guide the development of new, evidence informed Strategy on quality assurance of health care in Montenegro, including support to pilot framework for monitoring and evaluation of health care quality. Technical support on strengthening capacities for cancer registry management, in collaboration with International Agency for Research on Cancer. Support to improve access to health services for people with disability.
	1.1.2 Country enabled to strengthen their health systems to deliver on condition- and disease-specific service coverage results.	Support implementation of the European Immunization Agenda 2030 (seroprevalence study; policy dialogue on immunization and human rights, etc.). Technical support in strengthening integrated patient-centred TB, HIV, Hepatitis, STIs prevention and control services.
1.2 Reduced number of people suffering financial hardship	1.2.1. Countries enabled to develop and implement equitable health financing strategies and reforms to sustain progress towards universal health coverage	Support dialogue on equitable and sustainable health financing, including exploring system solutions for strengthening financial protection.
	1.2.2 Countries enabled to produce and analyse information on financial risk protection, equity and health expenditures, and to use this information to	Technical assistance for strengthening financial protection. Support national capacities for managing national health account and use it for evidence based policy making.

Strategic priority (SP)/ outcome	Output	Description of products or services
	track progress and inform decision-making.	
1.3 Improved access to essential medicines, vaccines, diagnostics, and devices for primary health care	1.3.2 Improved and more equitable access to health products through global market shaping and supporting countries to monitor and ensure efficient and transparent procurement and supply systems.	Support review of regulatory system and strengthening regulatory preparedness for public health emergencies. TA to reviewing the medicine procurement and supply chain system, along with the monitoring medicine utilization aimed at improving the medicine access.
	1.3.5 Countries enabled to address antimicrobial resistance through strengthened surveillance systems, laboratory capacity, infection prevention and control, awareness raising and evidence-based policies and practices.	Support implementation of the national AMR NAP through strengthening inter sectoral cooperation. Provide support for strengthening the AMR stewardship.
2.1 Countries prepared for health emergencies	2.1.2 Capacities for emergency preparedness strengthened in the country	Technical assistance in strengthening preparedness capacities for health emergencies and climate change, based on the taking the whole-of-the-government approach, broader health system perspective and considering essential public health functions. Technical assistance to strengthen hospital preparedness and operational readiness. Technical assistance to support planning and putting in place an operational Public health emergency operational center in Montenegro.
2.3. Health Emergencies rapidly detected and responded to	2.3.3 Essential health services and systems maintained and strengthened	Technical assistance to optimizing Emergency medical care services in Montenegro.
SP3. One billion more people enjoying better health and well-being		
3.1 Determinants of health addressed	3.1.1 Country enabled to address social determinants of health across the life course.	Support prevention of violence against children through health systems strengthening and multisectoral approaches.

Strategic priority (SP)/ outcome	Output	Description of products or services
3.2 Risk factors reduced through multisectoral action	3.2.2 Multisectoral determinants and risk factors addressed through engagement with public and private sectors, as well as civil society.	<p>To support planning, implementation and dissemination of STEPS survey and products based on STEPS data.</p> <p>To support planning, implementation and dissemination of STEPS survey and products based on STEPS data.</p> <p>Technical assistance to promote ‘NCD best buys’, multisectoral collaboration, specific legislative and regulatory measures to reduce avoidable risk factors (trans fats, salt intake, alcohol etc).</p> <p>Technical support to advance implementation of the Framework Convention on Tobacco Control and Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products.</p>
3.3 Healthy settings and Health-in-All Policies promoted	3.3.1 Country enabled to adopt, review and revise laws, regulations and policies to create an enabling environment for healthy cities and villages, housing, schools and workplaces.	<p>Technical assistance to implementation of the Roadmap towards better health in small countries in the WHO European Region, 2022–2025.</p> <p>Technical support to advance implementation of the Minamata Convention.</p> <p>Support improving WASH in health care facilities.</p> <p>Support to creating an enabling environment for healthy settings (eg. Age-friendly Cities and Communities).</p>
SP4. More Effective and Efficient WHO Providing Better Support to Countries		
4.1 Strengthened country capacity in data and innovation	4.1.1 Country enabled to strengthen data, analytics and health information systems to inform policy and deliver impacts.	<p>Technical assistance to strengthening mortality statistics for evidence based health policy making.</p>

ANNEX 3: COUNTRY IMPACT AND RESULTS FRAMEWORK

Country impact and results framework

Indicator	Baseline	Target	Indicator alignment	Data source
PRIORITY 1:				
Indicator 1.1: Universal Health Coverage Service Coverage Index	67% (2019)			
Indicator 1.1: Cardiovascular, cancer, digestive system diseases, diabetes, respiratory system diseases among 30-70 year population, mortality ratio per 100 000 population (30-70 years)				
Indicator 1.1: Cardiovascular diseases, cancer, digestive system diseases mortality ratio per 100 000 population (all ages)				
Indicator 1.1: Probability of dying from any of cardiovascular diseases, cancer, diabetes, chronic respiratory diseases between age 30 and exact age 70 (%)				
Indicator 1.1: Alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol in rural/urban regions				
Indicator 1.1: Tobacco per capita consumption (aged 13-15 years) per sex, %				
Indicator 1.1: Children under 5 mortality ratio per 1 000 live births				
Indicator 1.1: Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme: a) All vaccines coverage; b) 3 doses of				

diphtheriatetanus-pertussis (%); c) Measles-containing vaccine second dose (%)				
Indicator 1.2: Proportion of population with household expenditures on health larger than 25% of total household expenditure				
Indicator 1.2: Proportion of private expenditures (of households) for health, %				
Indicator 3.8.1: Coverage of essential health services				
PRIORITY 2:				
Indicator 2.1: International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness Health Sector Capacity Index: 1) national legislation, policy and funding; 2) coordination and liaison with national focal points; 3) surveillance; 4) response; 5) preparedness; 6) risk communication; 7) human resources; 8) laboratory; 9) entry points; 10) zoonotic events; 11) food safety; 12) chemical events; 13) radiological and nuclear emergencies)				
Indicator 2.2:				
Indicator 2.3:				
PRIORITY 3:				
Indicator 3.1:				
Indicator 3.2:				
Indicator 3.3:				

Dvogodišnji sporazum o saradnji

zaključen između

Ministarstva zdravlja Crne Gore

i

**Regionalne kancelarije za Evropu
Svjetske zdravstvene organizacije**

2024–2025.

Potpisali:

Za Ministarstvo zdravlja

Potpis

Datum

Ime Dr Vojislav Šimun

Funkcija Ministar zdravlja

Za Svjetsku zdravstvenu organizaciju

Potpis

Datum

Ime: Dr Hans Henri P. Kluge

Funkcija Regionalni direktor za Evropu

Sadržaj

UVOD.....	2
USLOVI SARADNJE.....	3
1. DIO: STRATEŠKI POGLED NA PRIORITETE SARADNJE.....	4
2. DIO: PROGRAMSKI PRIORITETI ZA SARADNJU ZA PERIOD 2024-2025.	11
3. DIO: BUDŽET I OBAVEZE ZA PERIOD 2024-2025.....	12
3.1 Budžet i finansiranje	12
3.2 Obaveze	12
3.2.1 Obaveze Sekretarijata SZO.....	12
3.2.2 Obaveze Vlade.....	12
SKRAĆENICE I AKRONIMI.....	13
ANEKS 1: OKVIR REZULTATA OPR 13	14
ANEKS 2: PRIORITETI, ISHODI, REZULTATI I PROIZVODI ILI USLUGE.....	15
ANEKS 3: OKVIR UTICAJA I REZULTATA ZEMLJE	18

Uvod

Dvogodišnji sporazum o saradnji (DSS) između Regionalne kancelarije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za Evropu (SZO/Evropa) i Ministarstva zdravlja Crne Gore za dvogodišnje razdoblje 2024-2025. godine predstavlja praktični okvir za saradnju, dogovoren kroz proces uzastopnih konsultacija između nacionalnih zdravstvenih organa i SZO/Evrope u ime SZO. Opšti cilj je postizanje ciljeva Trinaestog opšteg programa rada SZO, 2019–2025 (OPR 13), Evropskog programa rada, 2020—2025: „Udruženim djelovanjem do boljeg zdravlja u Evropi“ (EPR) i nacionalnih zdravstvenih politika Crne Gore.

OPR 13 pruža stratešku viziju na visokom nivou za rad SZO i njenih država članica te daje opšti smjer za trenutni sedmogodišnji period koji je počeo u januaru 2019. godine. Programski budžet SZO 2024–2025, koji je odobrila Sedamdeset šesta Svjetska zdravstvena skupština, ima za cilj da viziju OPR 13 pretvori u stvarnost pružanjem pozitivnih zdravstvenih uticaja na ljude na nivou zemlje. Okvir rezultata OPR 13 (vidi Aneks 1) pokazuje kako se njegovi ulazi i izlazi pretvaraju i ključni su za postizanje tri milijarde ciljeva OPR 13 (prikazanih u Aneksu 1) i za maksimiziranje uticaja na živote ljudi na nivou zemlje.

DSS, utemeljen na OPR 13 i Agendi za održivi razvoj do 2030. godine, donosi koncepte, principe i vrijednosti na kojima se zasniva EPR, koji je usvojio Regionalni odbor SZO za Evropu na svojoj 70. sjednici 2020. godine. Stoga, u skladu sa EPR, DSS ima za cilj da podrži Crnu Goru u promovisanju univerzalnog pristupa kvalitetnoj njezi bez straha od finansijskih poteškoća, nudeći efikasnu zaštitu od zdravstvenih vanrednih situacija i izgradnju zdravih zajednica u kojima javnozdravstvene mjere i odgovarajuće javne politike osiguravaju bolji život u ekonomiji blagostanja.

Opis dvogodišnjeg sporazuma o saradnji

Kroz konsultativni proces, SZO i Crna Gora su se dogovorile o širokom određivanju prioriteta u oblastima saradnje. Ove oblasti su pregledane i doradene u pripremi ovog dokumenta, koji dodatno opisuje program saradnje, uključujući prioritete ishoda, predložene rezultate i rezultate proizvoda i usluga.

Postizanje prioriteta ishoda identifikovanih u ovom DSS-u stoga je odgovornost i Sekretarijata SZO i Crne Gore.

DSS će se sprovoditi kroz optimalne načine isporuke, u rasponu od onih specifičnih za zemlju (za rezultate koji su veoma specifični za potrebe i okolnosti pojedinih zemalja), do međudržavnih (usmjeravanje na zajedničke potrebe zemalja korišćenjem pristupa širom evropske regije SZO) i višedržavnih (za subregionalne potrebe).

Uslovi saradnje

Tokom dvogodišnjeg perioda, program saradnje može se revidirati ili prilagoditi zajedničkim dogovorom, gdje prevladavajuće okolnosti ukazuju na potrebu za promjenom.

Rezultati dvogodišnjeg programskog budžeta za 2024-2025. godinu mogu se izmijeniti međusobnim sporazumom u pisanoj formi između SZO/Evropske i Vlade Crne Gore kao rezultat, na primjer, promjena zdravstvene situacije u zemlji, promjena kapaciteta zemlje za sprovođenje dogovorenih aktivnosti, specifičnih potreba koje se javljaju tokom dvogodišnjeg perioda, promjena kapaciteta SZO/Evropske za obezbjeđivanje dogovorenih rezultata ili promjena u finansiranju. Svaka strana može inicirati izmjene i dopune.

Ministarstvo zdravlja će imenovati nacionalnog partnera SZO i nacionalne tehničke kontakt tačke. Nacionalni partner će biti odgovoran za ukupnu koordinaciju sprovođenja DSS-a u ime Ministarstva zdravlja i redovno će se povezivati sa svim nacionalnim tehničkim kontakt tačkama. Predstavnik SZO, šefica Kancelarije SZO u Crnoj Gori, biće odgovorna za sprovođenje DSS-a u ime SZO, u bliskoj koordinaciji sa i pod nadzorom SZO/Evropske, te će koordinisati svu potrebnu podršku iz sjedišta SZO.

Realizacija će početi na početku dvogodišnjeg perioda 2024–2025.

SZO će izdvojiti osnovni budžet za dvogodišnji period kao indikativni procijenjeni trošak izvršenja planiranog rada. U mjeri u kojoj je to moguće, ova raspodjela budžeta obuhvatiće ukupne izdatke za sprovođenje DSS-a, bez obzira na to koji će nivo SZO-a obavljati posao. Finansiranje će doći i od korporativnih resursa SZO i od drugih resursa mobilisanih preko SZO. Ova sredstva se neće koristiti za subvencionisanje ili popunjavanje finansijskih nedostataka u redovnom poslovanju i pružanju usluga zdravstvenog sektora, za dopunu zarada ili za nabavku potrepština. Aktivnosti i kupovina zaliha i donacija u okviru operacija reagovanja na krize ili demonstracionih projekata i dalje će se finansirati kroz dodatne mehanizme, u skladu sa pravilima i propisima SZO.

Troškovi osoblja SZO u sjedištu SZO, SZO/Evropske i Kancelarije SZO za zemlju nisu prikazani u navedenom budžetu.

Vrijednost doprinosa Vlade, osim onog koji se kanališe preko Sekretarijata SZO, takođe nije uključena u DSS ili navedeni budžet.

Ovaj DSS je otvoren za dalji razvoj i doprinose iz drugih izvora, za dopunu postojećeg programa ili za uvođenje aktivnosti koje u ovoj fazi nisu uključene.

1. DIO: Strateški pogled na prioritete saradnje

1.1. Analiza zdravstvene situacije

1.1.1 Kontekst zemlje

Crna Gora pokriva geografsko područje od nešto manje od 14.000 km² i ima populaciju od 626.102 ljudi (u 2024. godini) (MONSTAT, Online). Suočava se sa mnogim demografskim izazovima koje dijele male zemlje u jugoistočnoj Evropi (JIE), posebno starenjem stanovništva i opadanjem stope nataliteta (Eurostat, 2021; SZO, 2022a).

Crna Gora je ponovo stekla nezavisnost u maju 2006. godine. Njena privreda u velikoj mjeri zavisi od turizma kao izvora prihoda. Uprkos stabilnom ekonomskom rastu, visoka stopa nezaposlenosti se generalno zadržala: u 2021. godini 16,6% ukupne radne snage bilo je nezaposleno. (MONSTAT, Online). Brojke su se neznatno poboljšale do drugog kvartala 2022. godine, kada je nezaposlenost pala na 14,6% ukupne radne snage.

Stope za stanovništvo koje živi ispod crnogorske nacionalne linije siromaštva ostale su stabilne na oko 24% od 2012. do 2019. godine, sa blagim smanjenjem u 2019. godini (22,6%) (Svjetska banka, 2022a). Kada se uzmu u obzir osobe u riziku od siromaštva po regionima, ljudi koji žive u sjevernim oblastima su u većem riziku (44,5%) od onih koji žive u centru (14,8%) i na jugu (11,6%) zemlje (Eurostat, 2021). 32,6% djece (uzrasta od 0 do 17 godina) bilo je u riziku od siromaštva u 2020. godini (Eurostat, 2021). Prema izvještaju koji su objavile Ujedinjene nacije (2021), najteže pogođene društvene grupe bile su djeca, žene, izbjeglice, tražioci azila, osobe bez državljanstva, romske i egipatske zajednice i osobe sa invaliditetom.

Tokom posljednje decenije rast BDP-a (godišnji %) je fluktuirao. Od 2010. do 2019. godine, BDP Crne Gore porastao je u prosjeku 2,87% – vrijednost koja je premašila 1,59% u EU i koja je bila u rangu sa 2,78% za zemlje Zapadnog Balkana (MONSTAT, Online; Svjetska banka, 2022a). Usljed pandemije, Crna Gora je u 2020. godini doživjela alarmantnu recesiju od -15,2% rasta (MONSTAT, Online). Zemlja se snažno oporavila 2021. godine, sa povećanjem od 13% (MONSTAT, Onlajn).

U Crnoj Gori, kao i u većini zemalja sa privrednim rastom, ukupni izdaci za zdravstvo su rasli brže od BDP-a. U 2017. godini, na primjer, ukupni izdaci za zdravstvo u Crnoj Gori činili su 7% BDP-a, više od globalnog prosjeka (6%), ali su ostali manji od prosjeka za evropski region SZO (8%).

Porast troškova zdravstvene zaštite biće pojačan pojavom novih lijekova i sve sofisticiranijim dijagnostičkim i terapijskim procedurama.

1.1.2 Zdravlje i jednakost u zdravstvu u zemlji

Prema Izvještaju o održivom razvoju za 2023. godinu, Crna Gora je rangirana na 67. mjestu od 166 zemalja, na osnovu ranga SDG indeksa. Nivo ostvarenja ciljeva održivog razvoja u Crnoj Gori je 71,4%, što je ispod regionalnog prosjeka (71,8%). 48,3% ciljeva SDG3 (zdravlje) ocijenjeni su kao postignuti ili na putu ka tome, što se smatra „umjerenim poboljšanjem, nedovoljnim za postizanje cilja“.¹

U skladu sa Crnogorskom nacionalnom strategijom održivog razvoja do 2030. godine (Vlada Crne Gore, 2016), Crna Gora je napravila značajne korake u ostvarivanju različitih ciljeva SDG3. Zemlja je postigla ciljeve specifične za smrt novorođenčadi i djece mlađe od 5 godina koje se mogu spriječiti (cilj održivog razvoja 3.2) i ostvarila blagi do djelimični napredak u

¹Izvještaj o održivom razvoju za 2023. godinu (sdgindex.org)

oblastima smrtnosti majki, nezaraznih bolesti, mentalnog zdravlja i blagostanja (cilj održivog razvoja 3.4), kao i univerzalne zdravstvene zaštite (cilj održivog razvoja 3.8; zadržati na umu da ovaj pokazatelj nije raščlanjen tako da odražava grupe koje imaju koristi od širenja pokrivenosti). Ipak, i dalje postoje značajni izazovi, posebno u vezi sa smanjenjem prerane smrtnosti od nezaraznih bolesti (cilj održivog razvoja 3.4) i postizanjem univerzalne zdravstvene zaštite (cilj održivog razvoja 3.8), gdje trenutni trendovi pokazuju da Crna Gora nije na putu da postigne ciljeve održivog razvoja. Posebno je problematična oblast obezbjeđivanja pristupa univerzalnim uslugama seksualne i reproduktivne zaštite (SDG cilj 3.7), za koje i dalje postoje veliki izazovi. Preciznije, procenat žena u reproduktivnom dobu za koje je prijavljeno da imaju zadovoljenu potrebu za planiranjem porodice savremenim metodama iznosio je samo 27,8% u 2018. godini. Štaviše, uprkos dramatičnom padu tokom godina 2000–2018, sa 22,9 na 10,0 na 1000 žena starosti 15–19 godina, stopa nataliteta kod adolescenata ostaje visoka.

Procjena indeksa univerzalne zdravstvene zaštite za 2019. godinu za Crnu Goru bila je 72, što je povećanje od 17% od 2000. godine. Zvanični nacionalni podaci trenutno nisu dostupni.

Crna Gora je napravila velike korake u poboljšanju očekivanog životnog vijeka pri rođenju, povećavši prosječni životni vijek sa 74,1 godina u 2000. godini na 75,9 godina u 2020. godini (Eurostat, 2020). To je bilo u rangu sa prosjekom za jugoistočnu Evropu (oko 75,5 godina), ali ispod proseka za evropski region SZO (78 godina u 2017. godini) i Evropsku uniju (80,4 godine u 2020. godini) (Eurostat, 2020).

Nezarazne bolesti (NZB) i dalje uzrokuju 94% smrtnih slučajeva i 80% godina života sa invaliditetom u Crnoj Gori. Kardiovaskularne bolesti uzrokuju više od polovine svih smrtnih slučajeva, a rak je odgovoran za jednu petinu svih smrtnih slučajeva.

Veliko opterećenje nezaraznih bolesti rezultira visokim preuranjenim mortalitetom, sprečavajući Crnu Goru da ostvari svoj puni potencijal u ljudskom zdravlju i dobrobiti. Crna Gora ne ide u pravcu dostizanja svog cilja smanjenja preuranjene smrtnosti od nezaraznih bolesti za jednu trećinu do 2030. godine (tj. definisano kao smrt prije navršenih 70 godina). Nivoi smrtnosti ostaju visoki, a svaka peta osoba umire prije navršenih 70 godina od jedne od četiri glavne nezarazne bolesti. Nivoi prijevremene smrtnosti od nezaraznih bolesti kod muškaraca su skoro dvostruko veći nego kod žena. Kardiovaskularne bolesti (KVB) prouzrokovale su približno dvostruko više preuranjenih smrtnih slučajeva od karcinoma u 2009. godini (SZO, 2019c).

Nezdrava ishrana, konzumiranje duvana i alkohola su glavne prijetnje javnom zdravlju u Crnoj Gori. Nakon visokog sistolnog krvnog pritiska, za koji je procijenjeno da čini skoro 34% svih smrtnih slučajeva u 2019. godini, duvanski i dijetetski rizici su se pojavili kao drugi i treći glavni faktor rizika odgovorni za dodatnih 28,0% i 23,3% svih smrtnih slučajeva (Institut za zdravstvenu metriku i evaluaciju, n.d.).

Upotreba **duvana** u Crnoj Gori je veoma visoka: među osobama starijim od 15 godina, prevalencija upotrebe procijenjena je na 32,8% za 2020. godinu. Ova vrijednost premašila je prevalenciju utvrđenu u ostatku evropskog regiona SZO (25,0%), jugoistočnoj Evropi (29,8%) i Evropskoj uniji (24,7%). Što se tiče **alkohola**, ukupna potrošnja po osobi i godini za osobe starosti 15 godina i više procijenjena je na 12,2 litara čistog alkohola po glavi stanovnika (starosti 15 godina i više) u 2019. godini, što je povećanje sa 11,1 litara u 2015. godini i takođe mnogo više od prosjeka Evropskog regiona SZO za 2019. godinu od 9,5 litara (GHO, n.d.b). Potrošnja alkohola u 2018. godini bila je mnogo veća kod muškaraca (18 litara) nego kod žena (5 litara) (Svjetska banka, 2022b). Studija SZO iz 2018. godine o determinantama zdravlja takođe je naglasila da su **pitanja ishrane** kao što su visoka potrošnja šećera i visok unos soli obrasci ponašanja kojima takođe treba pokloniti pažnju kako bi se smanjile nezarazne bolesti u Crnoj Gori (D'Elia et al., 2019).

Izvještaj o **eliminaciji** trans-masti koji je objavila SZO (2021a) pokazao je da je udio smrtnih slučajeva od koronarnih bolesti srca usljed unosa trans-masti (>0,5% energije) u 2019. godini bio 2,04% za Crnu Goru, a slične cifre su predstavljene i za Albaniju (2,08%) i Srbiju (2,04%) dok su veće cifre u odnosu na Bosnu i Hercegovinu (1,35%) i Sjevernu Makedoniju (1,81%).

Crna Gora se pridružila Evropskoj inicijativi SZO praćenja gojaznosti djece (COSI) 2016. godine (Regionalna kancelarija SZO za Evropu, 2021b). Prema rezultatima dobijenim mjerenjem djece starosti 7 godina, 37,4% dječaka i 28,8% djevojčica imalo je prekomjernu težinu ili je bilo gojazno (8,7% djevojčica i 18,9% dječaka je bilo gojazno) (Regionalna kancelarija SZO za Evropu, 2021b). Podaci su takođe pokazali da Crna Gora ima veoma visoku prevalenciju prekomjerne težine i gojaznosti među djecom uzrasta od 7 do 9 godina (u poređenju sa 36 drugih zemalja evropskog regiona SZO) i da je potrebno hitno djelovati u oblasti javnog zdravlja kako bi se ovi trendovi preokrenuli (Regionalna kancelarija SZO za Evropu, 2021b).

Konkretno, pandemija COVID-19 pogoršala je već opadajuće stope vakcinacije kod djece uočene u Crnoj Gori tokom posljednje decenije – posebno za vakcine protiv tuberkuloze (BCG), poliomijelitisa (tri doze vakcine), malih boginja (doza 1 vakcine koja sadrži male boginje) i hepatitisa B. Pokrivenost BCG vakcinacijom pala je sa 93% u 2018. godini na 67% u 2020. godini (SZO, 2022e), a prvu dozu vakcine protiv malih boginja, zauški i rubele (MMR) primilo je samo 12% sve djece rođene 2020. godine (SZO, 2022).

Crna Gora je u 2018. godini zabilježila četvrtu najveću stopu potrošnje antimikrobnih sredstava po glavi stanovnika u Evropskom regionu SZO, nakon Grčke, Turske i Kipra.

Pored rizika u obrascima ponašanja, loš kvalitet vazduha je vodeći ekološki faktor koji negativno utiče na zdravlje i dobrobit u Crnoj Gori. Prema smjericama SZO, kvalitet vazduha u Crnoj Gori je „umjereno nebezbedan“, sa godišnjom srednjom koncentracijom čestica prečnika 2,5 mikrona ili manje (PM_{2,5}) od 21 mikrograma po kubnom metru (µg/m³), što premašuje maksimum koji preporučuje SZO od 10 µg/m³. U 2018. godini izloženost visokim koncentracijama PM_{2,5} prouzrokovala je procijenjenih 8600 godina života koji su izgubljeni za crnogorsku populaciju i 640 preuranjenih smrtnih slučajeva (EEA, 2020).

Osobe sa invaliditetom i dalje se suočavaju sa značajnim preprekama ka dobijanju njege u Crnoj Gori. Iako nema tačnih podataka o broju osoba sa invaliditetom, procjene SZO za Evropu ukazuju da u Crnoj Gori živi oko 280.009 osoba sa bar jednim stanjem za koje bi bile potrebne usluge rehabilitacije, doprinoseći broju od 32.360 godina života sa invaliditetom (Regionalna kancelarija SZO za Evropu, 2022d). U ovoj grupi, djeca sa invaliditetom doživljavaju ozbiljne prepreke u pristupu kvalitetnim zdravstvenim, obrazovnim, socijalnim i uslugama zaštite djece te su ograničeno uključena u društvo (Evropska komisija, 2021, 2022).

U 2021. godini bilo je 6109 saobraćajnih nezgoda, što je povećanje od 32,9% u odnosu na brojku iz 2020. godine (4695).

Tokom pandemije otkazane su mnoge osnovne usluge, uključujući programe skrininga. Stoga je stopa pokrivenosti bila samo 30% populacije koja ispunjava uslove (SZO, 2022f) pa je došlo do pada broja konsultacija na nivou primarne zdravstvene zaštite (SZO, 2022a).

Zemlja nema sistem operativnog praćenja i evaluacije. Štaviše, prikupljanje podataka (npr. statistika zdravlja stanovništva i statistika finansiranja) je u velikoj mjeri fragmentisano, statistika često nije javno dostupna, a podaci se ne koriste dovoljno često (ili nisu dovoljno upotrebljivi) za potrebe donošenja odluka. To ometa sposobnost zdravstvenog sistema da efektivno i efikasno odgovori na zdravstvene potrebe i da obezbedi pristup najsavremenijim uslugama i lijekovima zasnovanim na naučnim dokazima. To zauzvrat može ugroziti bezbjednost pacijenta. Kao rezultat toga, crnogorski zdravstveni informacioni sistem mora biti unaprijeđen sa osvrtom na interoperabilnost, integraciju i jednostavnost korišćenja, kao i na poboljšanje kvaliteta i nacionalne zdravstvene sigurnosti.

Što se tiče resursa i infrastrukture koja je izričito posvećena zdravstvenim vanrednim situacijama, nedovoljni osnovni kapaciteti prema Međunarodnom zdravstvenom pravilniku (IHR, 2005) (SZO, 2005), odsustvo diskretnog budžeta za vanredne situacije i loši mehanizmi finansiranja i upravljanja koji su uspostavljeni kako bi se olakšala nabavka lijekova i medicinskih proizvoda u zemlji pokazuju veliku potrebu za mjerama za jačanje prevencije, spremnosti i reagovanja u vanrednim situacijama.

Zdravstvena zaštita se do decembra 2021. godine finansirala kroz doprinose za osiguranje zarada (primarno) i državne transfere. Od januara 2022. godine, budžet Vlade je jedini javni izvor finansiranja zdravstva.

U 2019. godini, tekuća potrošnja na zdravstvo kao procenat BDP-a iznosila je 8,33%. To je bilo ispod prosjeka za države članice Evropske unije (9,92%), ali je bilo slično nivoima koji su zabilježeni u drugim zemljama Zapadnog Balkana (SZO, 2022b). Međutim, u 2020. godini, na vrhuncu pandemije COVID-19, Crna Gora je značajno povećala potrošnju na zdravstvo sa 8,33% (2019) na 11,4%. Međutim, to se dogodilo u kontekstu dramatičnog smanjenja godišnjeg rasta BDP-a, koji je pao sa 4,1% na -15,33% u periodu od 2019. do 2020. godine (Svjetska banka, n.d.). Ovo je u suprotnosti sa kretanjima u trenutnoj potrošnji na zdravstvo u drugim zemljama regiona i prosjeku Evropske unije, koji je ostao stabilan ili se blago povećao (tj. nijedan nije povećao nivo za više od 1 procentni poen).

Što se tiče javne potrošnje na zdravstvo kao procenta BDP-a, to je za Crnu Goru u 2019. godini iznosilo 5%, što je u velikoj mjeri u skladu sa potrošnjom od 2011. godine. Državna potrošnja na zdravstvo odgovarala je ciframa za druge zemlje u podregionu (pri čemu je Bosna i Hercegovina izuzetak od 6,2%), ali je i dalje pala ispod prosjeka Evropske unije od 7,43%. S obzirom na podatke za 2020. godinu, treba napomenuti da je javna potrošnja na zdravstvo kao udio u BDP-u značajno porasla u Crnoj Gori u 2020. godini (za 2 procentna poena). Nasuprot tome, druge zemlje Zapadnog Balkana i Evropska unija su samo neznatno povećale ovaj odnos u istoj godini (SZO, 2022b).

Kada se uzmu u obzir državni izdaci za zdravstvo po glavi stanovnika (paritet kupovne moći (PKM), tekući međunarodni dolar) u periodu 2011-2019. godine, crnogorska potrošnja je bila dosljedno i značajno niža od prosjeka Evropske unije. Ipak, došlo je do naglog povećanja tokom ovog perioda, sa 690,02 dolara u 2011. godini na 1408,78 dolara u 2020. godini (najnoviji dostupni podaci; SZO, 2022b). Crna Gora je od 2015. godine potrošila više po osobi od svih drugih zemalja Zapadnog Balkana. Iako su sve zemlje regiona povećale potrošnju javnog zdravstva po glavi stanovnika između 2019. i 2020. godine, pri čemu je Albanija izuzetak, povećanje u Crnoj Gori bilo je mnogo značajnije (255,04 USD) (SZO, 2022b). Ipak, treba ponoviti da je, kao udio u njenim ekonomskim resursima, potrošnja crnogorskog javnog zdravstva do 2020. godine bila dosljedno niža od većine zemalja u njenom podregionu i ostaje niža od prosjeka Evropske unije.

Što se tiče potrošnje po vrstama zdravstvene zaštite, podaci uglavnom nedostaju. Prema nacionalnim procenama (koje je prijavila SZO (2022a)), kurativna njega, medicinska roba i preventivna njega predstavljali su 42,6%, 8,9% i 1,2% ukupnih zdravstvenih troškova u 2019. godini. Ipak, veliki dio rashoda i dalje nedostaje ovim ciframa, a navodi se da je neravnoteža potrošnje između kurativne i primarne zdravstvene zaštite značajna.

Plaćanja iz džepa su visoka, čine 39% tekuće potrošnje na zdravstvo u 2019. godini, a skoro 10% svih domaćinstava doživjelo je katastrofalnu zdravstvenu potrošnju u 2017. godini (Kancelarija SZO za finansiranje zdravstvenih sistema u Barseloni, u štampi). Većina plaćanja iz džepa odnosi se na ambulantne lijekove i stomatološke usluge; postoje i neformalna plaćanja za zdravstvene usluge.

Finansijske barijere za korišćenje zdravstvenih usluga su pogoršane nejednakostima i nedostatkom u dostupnosti pružalaca zdravstvenih usluga i infrastrukture u zemlji. Ovi

problemi se dodatno pogoršavaju nedovoljnom upotrebom primarne zdravstvene zaštite, koja ima ograničene resurse i kapacitete da preuzme veću ulogu u prevenciji, ranom otkrivanju ili liječenju hroničnih nezaraznih bolesti, uključujući i mnogo zanemarene oblasti njege koje se odnose na mentalno zdravlje, seksualno i reproduktivno zdravlje, rijetke bolesti i palijativnu njegu.

1.1.3 Nacionalna zdravstvena i razvojna agenda

Uz podršku Svjetske zdravstvene organizacije, Ministarstvo zdravlja i Institut za javno zdravlje su tokom oktobra – decembra 2022. godine sarađivali sa ključnim zainteresovanim stranama i identifikovali sljedeće strateške prioritete koji će se sprovesti u narednih 5 godina:

1. Novi model zdravstvene njege sa fokusom na primarnu zdravstvenu zaštitu;
2. Adresiranje determinanti zdravlja i smanjenje prevalencije faktora zdravstvenih rizika kroz multisektorsko i unutarsektorsko djelovanje;
3. Jačanje kapaciteta zdravstvenog sektora za bolju prevenciju, reagovanje i oporavak od zdravstvenih vanrednih situacija i budućih kriza.

Strateški ciljevi definisani Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2023-27 i pratećim Akcionim planom pružaju mapu puta za postizanje boljih zdravstvenih rezultata i služe kao jedinstveni okvir za sve zainteresovane strane uključene u zdravstveni sektor, uključujući razvojne partnere.

Optimizacija budžetskih izdvajanja za zdravstvo, dovoljno proširenje fiskalnog prostora i davanje prioriteta zdravstvu u javnoj potrošnji, sa akcentom na univerzalnu zdravstvenu zaštitu, uz obezbjeđivanje fiskalne održivosti, ostaje osnovni uslov politika finansiranja u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva. Uz obezbjeđivanje efikasnog korišćenja dostupnih zdravstvenih resursa, „pametno ulaganje“ u zdravlje je imperativ. Ovo je od ključnog značaja za ostvarivanje ciljeva univerzalne zdravstvene zaštite i ciljeva održivog razvoja vezanih za zdravlje, kao i za održivo finansiranje zdravstvenih potreba stanovništva Crne Gore.

Nakon što je otvorila sva poglavlja pravne tekovine EU, od kojih su tri poglavlja koja već uspješno zatvorena, Crna Gora je pokazala snažnu posvećenost napretku ka integraciji u EU i pristupanju (Evropska komisija, 2021). U pogledu Poglavlja 28 pravne tekovine EU, Crna Gora je prijavljena kao umjereno pripremljena u oblasti zaštite potrošača i zdravlja, sa napretkom posebno u oblasti kontrole duvana i pušenja na javnim mjestima (Evropska komisija 2020, 2021). Iako je generalno postignut napredak u usklađivanju, Evropska komisija (EK) je pozvala Crnu Goru da osigura neophodne kapacitete za sprovođenje odredbi i mjera pravne tekovine EU.

1.1.4 Partnersko okruženje

Partnerstvo i saradnja su u centru političke i razvojne agende Crne Gore. Crna Gora se aktivno angažovala sa različitim međunarodnim partnerima i organizacijama, ali i bilateralno, na mobilizaciji sredstava za sprovođenje Agende održivog razvoja do 2030. godine i agende EU integracija i rješavanju njenih razvojnih izazova.

Snaga saradnje i partnerstva pomogla je zemlji da zadovolji potrebe svojih građana, posebno tokom pandemije COVID-19, smanji socio-ekonomske uticaje i ubrza napredak ka održivom i inkluzivnom rastu i razvoju. Zemlja ulaže napore da iskoristi ogroman potencijal saradnje u

oblastima kao što je digitalna transformacija, sa ciljevima održivog razvoja kao temeljima svojih strateških pristupa.

Napori koji se ulažu da se ispune zahtjevi pravne tekovine EU, približice Crnu Goru ostvarivanju ciljeva održivog razvoja. Okvir saradnje Ujedinjenih nacija za održivi razvoj (UNSDCF) 2023-2027 razvijen je kako bi se ubrzao napredak ka dostizanju ciljeva Agende 2030 i pristupanju EU. Tri strateška prioriteta u UNSDCF-u su: inkluzivni ekonomski razvoj i održivost životne sredine, razvoj ljudskog kapitala, smanjenje ranjivosti, socijalna inkluzija i upravljanje usmjereno na ljude, vladavina prava i ljudska prava. Postizanje univerzalne zdravstvene zaštite prepoznato je kao jedan od osnovnih preduslova za ostvarivanje identifikovanih strateških prioriteta.

1.2. Strateški prioriteti i ključne intervencije

Program saradnje za 2024-2025. godinu, kako je detaljno opisano u Aneksu 2, zasnovan je na gorepomenutoj analizi. Sporazum je obostrano dogovoren i izabran kao odgovor na zabrinutost za javno zdravlje i tekuće napore na poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore.

Nacionalnom strategijom za razvoj zdravstva Crne Gore utvrđeni su sljedeći ciljevi:

Na osnovu nacionalnih strateških prioriteta, fokus će biti na sljedećim ključnim intervencijama, uz podršku kroz oslanjanje na stubove i vodeće projekte EPR-a, i to:

Strateški prioritet 1: Osnaženi kapaciteti zemalja za pružanje univerzalne zdravstvene zaštite kroz poboljšani pristup kvalitetnim osnovnim uslugama, jačanje finansijske zaštite i poboljšanje pristupa bezbjednim lijekovima (ishodi 1.1.1; 1.1.2; 1.3.2; 1.3.5;)

- Tehnička pomoć za poboljšanje kvaliteta osnovnih zdravstvenih usluga
- Tehnička pomoć za osnaživanje nacionalnih kapaciteta za upravljanje specifičnim bolestima i stanjima kroz pristup javnom zdravlju
- Tehnička pomoć za unapređenje upravljanja radi bolje dostupnosti i priuštivosti lijekova i drugih zdravstvenih tehnologija
- Podržati sprovođenje nacionalnog akcionog plana za AMR i jačanje međusektorskog upravljanja

Strateški prioritet 2: Zdrav i aktivan način života, promovisanje zdravlja i blagostanja (ishodi 3.1.1; 3.2.2; 3.3.1)

- Tehnička pomoć za podršku nacionalnim kapacitetima bavi se socijalnim determinantama zdravlja tokom cijelog životnog ciklusa
- Pružanje podrške za efikasno upravljanje nezaraznim bolestima i povezanim faktorima rizika
- Tehnička pomoć za jačanje kapaciteta zemalja za rješavanje determinanti životne sredine, uključujući klimatske promjene i stvaranje podsticajnog ambijenta za zdravo okruženje

Strateški prioritet 3: Jačanje kapaciteta zemlje za pripremljenost i reagovanje u vanrednim situacijama

- Obezbjediti tehničku podršku za jačanje pripremljenosti za vanredne situacije (jačanje ključnih kapaciteta propisanih Međunarodnim zdravstvenim pravilnikom i Nacionalnim Akcionim planom za zdravstvenu sigurnost - NHSAP)
- Jačanje osnovne hitne medicinske pomoći (HMP)

Strateški prioritet 4: Jačanje kapaciteta zemlje u pogledu podataka i inovacija (ishodi 4.1.1)

- Tehnička pomoć u jačanju statistike smrtnosti za kreiranje zdravstvene politike zasnovane na dokazima

1.3. Aranžmani za sprovođenje

Kancelarija SZO u Crnoj Gori osnovana je 2008. godine. Osoblje čine dva lica: šefica kancelarije i saradnice za poslovne operacije. Predstavnik SZO, šefica Kancelarije SZO u Crnoj Gori, biće odgovorna za sprovođenje DSS-a u ime SZO, u bliskoj koordinaciji sa i pod nadzorom SZO/Evropske, te će koordinisati svu potrebnu podršku iz sjedišta SZO. DSS će se sprovođiti kroz optimalne načine isporuke, u rasponu od onih za pojedinu zemlju (za rezultate koji su vrlo specifični za potrebe i okolnosti u pojedinačnim zemljama), do međudržavnih (usmjeravanje na zajedničke potrebe zemalja korištenjem pristupa širom evropske regije SZO) i više država (za subregionalne potrebe). Sljedeći načini isporuke će se koristiti za implementaciju DSS-a, na osnovu analize potreba i u međusobnom dogovoru sa predstavnicima zemlje: tehnička ekspertiza, politički dijalozi, izgradnja kapaciteta, studijske posete, razmjena najboljih praksi i sl.

Ministarstvo zdravlja (MZ) će biti glavni partner za sprovođenje u Crnoj Gori. Po potrebi će biti angažovani i drugi partneri (npr. Institut za javno zdravlje, Institut za lijekove i medicinska sredstva, Fond zdravstvenog osiguranja, Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Medicinski fakultet, pružaoci zdravstvenih usluga (Klinički centar Crne Gore, DZPG), organizacije civilnog društva, akademska zajednica, u dogovoru sa MZ.

1.4. Praćenje i evaluacija

Predviđene su aktivnosti godišnjeg praćenja, srednjoročne i završne revizije/evaluacije. Sekretarijat SZO će Regionalnom odboru dostavljati izvještaje o sprovođenju godišnjeg i dvogodišnjeg programskog budžeta. Za potrebe praćenja i evaluacije, razmotriće se i okvir UNDCF-a.

2. DIO: Programski prioriteti za saradnju za period 2024-2025.

Program saradnje za 2024-2025. godinu, kako je detaljno opisano u Aneksu 2, zasnovan je na gorepomenutoj analizi. Sporazum je obostrano dogovoren i izabran kao odgovor na zabrinutost za javno zdravlje i tekuće napore na poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore.

Program saradnje za 2024-2025. godinu, kako je detaljno opisano u Aneksu 2, zasnovan je na gorepomenutoj analizi. Sporazum je obostrano dogovoren i izabran kao odgovor na zabrinutost za javno zdravlje i tekuće napore na poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore.

DSS pruža platformu za mobilizaciju neophodne podrške Crnoj Gori u maksimiziranju mogućnosti za promovisanje zdravlja stanovništva i smanjenje zdravstvenih nejednakosti, obezbjeđujući univerzalnu zdravstvenu zaštitu i zaštitu od vanrednih situacija korišćenjem međusektorskog pristupa zdravstvenim politikama uz snažno učešće društva.

Tokom izrade DSS-a, uzimaju se u obzir i Evropski program rada i Mapa puta za zdravlje i blagostanje na Zapadnom Balkanu koji izlažu mogućnosti podrške koju Regionalna kancelarija SZO za Evropu može da pruži zdravstvenim organima širom regiona za pružanje odgovora na izazove kako pojedinačno tako i kolektivno.

Sljedeći ishodi OPR 13 su izabrani za dvogodišnji period 2024-2025:

- 1.1 Poboljšan pristup kvalitetnim osnovnim zdravstvenim uslugama
- 1.2 Smanjen broj osoba koje trpe usljed finansijskih poteškoća
- 1.3 Poboljšan pristup osnovnim lijekovima, vakcinama, dijagnostici i uređajima za primarnu zdravstvenu njegu
- 2.1 Zemlje pripremljene za vanredne zdravstvene situacije
- 2.3. Hitne zdravstvene situacije koje su brzo otkrivene i na koje se brzo reaguje
- 3.1 Rješavanje pitanja determinanti zdravlja
- 3.2 Faktori rizika smanjeni multisektorskim djelovanjem
- 3.3 Promovisana zdrava okruženja i pristup „zdravlje u svim politikama“
- 4.1 Ojačani kapaciteti zemalja u pogledu podataka i inovacija

3. DIO: Budžet i obaveze za period 2024-2025.

3.1 Budžet i finansiranje

Ukupan budžet DSS-a Crne Gore je 240.000 američkih dolara. Svi izvori sredstava će se koristiti za finansiranje ovog budžeta jer sredstva mobilisu obje strane i ona postaju dostupna.

U skladu sa Rezolucijom Svjetske zdravstvene skupštine WHA74.3, Generalni direktor SZO će obznaniti raspodjelu dostupnih sredstava, nakon čega Regionalni direktor SZO za Evropu može razmotriti raspodjelu sredstava SZO/Evropa za DSS.

Sekretarijat SZO će podnijeti izvještaj o sprovođenju godišnjeg i dvogodišnjeg programa Regionalnom odboru SZO za Evropu i Svjetskoj zdravstvenoj skupštini.

3.2 Obaveze

Vlada Crne Gore i Sekretarijat SZO zajednički se obavezuju da će saradivati kako bi mobilisali potrebna sredstva za sprovođenje ovog DSS-a.

3.2.1 Obaveze Sekretarijata SZO

SZO je saglasna da obezbijedi, u zavisnosti od dostupnosti sredstava i pravila i propisa SZO, rezultate i ishode definisane ovim DSS-om. Zasebni sporazumi će biti zaključeni za svaku lokalnu subvenciju troškova ili direktnih finansijskih ulaganja u skladu sa pravilima SZO o nabavkama u trenutku izvršenja.

3.2.2 Obaveze Vlade

Vlada će se angažovati u potrebnim procesima formulisanja i sprovođenja politike i strategije i, u mjeri u kojoj je to moguće, obezbijediti radni prostor, osoblje, materijale, potrepštine, opremu i lokalne troškove neophodne za postizanje ishoda definisanih u ovom DSS-u.

SKRAĆENICE I AKRONIMI

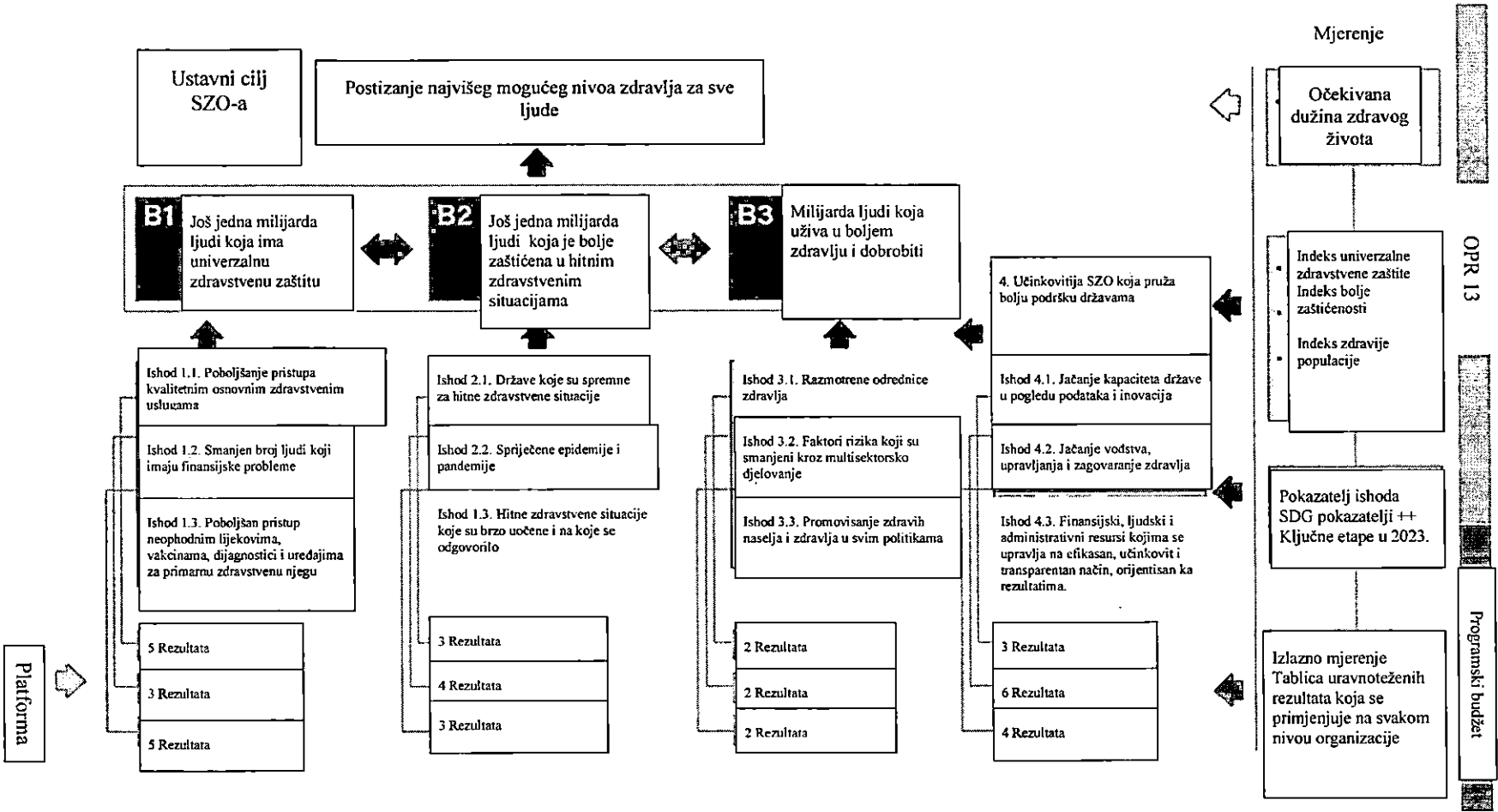
Opšte skraćenice

DSS – Dvogodišnji sporazum o saradnji
EK – Evropska komisija
EEA – Evropski ekonomski prostor
EU – Evropska unija
Eurostat – Zavod za statistiku Evropske unije
EPR – Evropski program rada 2020–2025: „Udruženim djelovanjem do boljeg zdravlja u Evropi“
BDP – Bruto domaći proizvod
GHO – Globalna zdravstvena opservatorija SZO
OPR 13 – Trinaesti opšti program rada SZO, 2019–2025.
MZ – Ministarstvo zdravlja
MONSTAT – Zavod za statistiku Crne Gore
PKM – Paritet kupovne moći
JIE – Jugoistočna Evropa
SDG – Ciljevi održivog razvoja
UHC – Univerzalna zdravstvena zaštita
UNSDCF – Okvir saradnje Ujedinjenih nacija za održivi razvoj
WHA – Svjetska zdravstvena skupština

Tehničke skraćenice

AMR – Antimikrobna rezistencija
AMR NAP – Nacionalni akcioni plan za antimikrobnu rezistenciju
BCG – Vakcina bacil Kalmet–Gerina
KVB – Kardiovaskularne bolesti
COVID-19 – Zarazna bolest koronavirusa izazvana novim virusom SARS-CoV-2
HMP – Hitna medicinska pomoć
HIV – Virus humane imunodeficijencije
MMR – Male boginje, zauške i rubela
NZB – Nezarazne bolesti
NHSAP – Nacionalni akcioni plan za zdravstvenu sigurnost
PZZ – Primarna zdravstvena zaštita
STEPS – STEPS pristup SZO praćenju faktora rizika za NZB
PPI – Polno prenosive infekcije
TB – Tuberkuloza
WASH – Voda, sanitarni uslovi i higijena

ANEKS 1: OKVIR REZULTATA OPR 13



ANEKS 2: PRIORITETI, ISHODI, REZULTATI I PROIZVODI ILI USLUGE

Dvogodišnji sporazum o saradnji (DSS) – Crna Gora

Strateški prioritet (SP)/ ishod	Rezultat	Opis proizvoda ili usluga
SP1. Još milijardu ljudi ima koristi od univerzalne zdravstvene zaštite		
1.1 Poboľšan pristup kvalitetnim osnovnim zdravstvenim uslugama	1.1.1 Zemlja je omogućila pružanje visokokvalitetnih zdravstvenih usluga usmjerenih na ljude, zasnovanih na strategijama primarne zdravstvene zaštite i sveobuhvatnim paketima osnovnih usluga.	Pružanje strateških političkih savjeta za usmjeravanje razvoja nove Strategije za osiguranje kvaliteta zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasnovane na dokazima, uključujući podršku pilot okviru za praćenje i evaluaciju kvaliteta zdravstvene zaštite. Tehnička podrška jačanju kapaciteta za upravljanje registrom za rak, u saradnji sa Međunarodnom agencijom za istraživanje raka. Podrška poboljšanju pristupa zdravstvenim uslugama za osobe sa invaliditetom.
	1.1.2 Zemlja osposobljena da ojača svoj zdravstveni sistem kako bi ostvarila rezultate pokrivenosti uslugama specifičnim za stanja i bolesti.	Podrška sprovođenju Evropske agende imunizacije 2030 (studija seroprevalencije; dijalog o imunizaciji i ljudskim pravima, itd.). Tehnička podrška u jačanju integrisanih usluga usmjerenih na pacijenta u oblasti prevencije i kontrole tuberkuloze, HIV-a, hepatitisa, polnih bolesti.
1.2 Smanjen broj osoba koje trpe usljed finansijskih poteškoća.	1.2.1. Zemlje su sposobne da razviju i sprovedu pravične strategije finansiranja zdravstva i reforme za održavanje napretka ka univerzalnoj zdravstvenoj zaštiti	Podržati dijalog o pravičnom i održivom finansiranju zdravstva, uključujući istraživanje sistemskih rješenja za jačanje finansijske zaštite.
	1.2.2 Zemlje su osposobljene da proizvode i analiziraju informacije o zaštiti od finansijskih rizika, pravičnosti i troškovima za zdravstvo, te da koriste ove informacije kako bi	Tehnička pomoć za jačanje finansijske zaštite. Podržati nacionalne kapacitete za upravljanje nacionalnim zdravstvenim računom i koristiti ga

Strateški prioritet (SP)/ ishod	Rezultat	Opis proizvoda ili usluga
	pratili napredak i informisali proces donošenje odluka.	za kreiranje politika zasnovanih na dokazima.
1.3 Poboľšan pristup osnovnim lijekovima, vakcinama, dijagnostici i uređajima za primarni zdravstveni negu	1.3.2 Poboľšan i ravnopravniji pristup zdravstvenim proizvodima kroz globalno oblikovanje tržišta i podršku zemljama da prate i obezbijede efikasne i transparentne sisteme nabavke i snabdijevanja.	Podržati preispitivanje regulatornog sistema i jačanje regulatorne pripremljenosti za vanredne situacije u oblasti javnog zdravlja. Tehnička pomoć za preispitivanje sistema nabavke lijeka i lanca snabdijevanja, zajedno sa praćenjem korišćenja lijeka u cilju poboľšanja pristupa lijeku.
	1.3.5 Zemlje su osposobljene da se suoče sa antimikrobnom rezistencijom putem jačanja sistema za nadzor, laboratorijskih kapaciteta, prevencije i kontrole infekcija, podizanja svijesti i politika i praksi zasnovanih na dokazima.	Podržati sprovođenje nacionalnog AMR akcionog plana kroz jačanje međusektorske saradnje. Obezbijediti podršku za jačanje upravljanja AMR-om.
SP2. Još milijardu ljudi bolje zaštićeno od vanrednih zdravstvenih situacija		
2.1 Zemlje pripremljene za vanredne zdravstvene situacije	2.1.2 Ojačani kapaciteti za pripremljenost za vanredne situacije u zemlji	Tehnička pomoć u jačanju kapaciteta pripremljenosti za vanredne zdravstvene situacije i klimatske promjene, zasnovana na pristupu uključenosti svih nivoa vlade, široj perspektivi zdravstvenog sistema i razmatranju osnovnih funkcija javnog zdravlja. Tehnička pomoć za jačanje pripremljenosti bolnice i operativne spremnosti. Tehnička pomoć za podršku planiranju i uspostavljanju operativnog Javnozdravstvenog operativnog centra za vanredne situacije.
2.3. Hitne zdravstvene situacije koje su brzo otkrivene i na koje se brzo reaguje	2.3.3 Osnovne zdravstvene usluge i sistemi koji se održavaju i jačaju	Tehnička pomoć u optimizaciji usluga hitne medicinske pomoći u Crnoj Gori.
SP3. Još milijardu ljudi koji uživaju u boljem zdravlju i dobrobiti		

Strateški prioritet (SP)/ ishod	Rezultat	Opis proizvoda ili usluga
3.1 Rješavanje pitanja determinanti zdravlja	3.1.1 Zemlja ima mogućnost da se pozabavi socijalnim determinantama zdravlja tokom života.	Podrška prevenciji nasilja nad djecom kroz jačanje zdravstvenih sistema i multisektorske pristupe.
3.2 Faktori rizika smanjeni multisektorskim djelovanjem	3.2.2 Multisektorske determinante i faktori rizika koji se rješavaju kroz angažovanje javnog i privatnog sektora, kao i civilnog društva.	<p>Podrška planiranju, implementaciji i diseminaciji STEPS istraživanja i proizvoda na osnovu podataka iz tog istraživanja.</p> <p>Podrška planiranju, implementaciji i diseminaciji STEPS istraživanja i proizvoda na osnovu podataka iz tog istraživanja.</p> <p>Tehnička pomoć za promovisanje najboljih praksi za NZB (poznato i kao „best-buy“ intervencije), multisektorska saradnja, specifične zakonodavne i regulatorne mjere za smanjenje faktora rizika koji se mogu izbjeći (trans masti, unos soli, alkohol itd.).</p> <p>Tehnička podrška za unapređenje primjene Okvirne konvencije o kontroli duvana i Protokola za eliminisanje nezakonite trgovine duvanskim proizvodima.</p>
3.3 Promovisana zdrava okruženja i pristup zdravlju u svim politikama	3.3.1 Zemljama je omogućeno da usvoje, preispitaju i revidiraju zakone, propise i politike kako bi se stvorilo podsticajno okruženje za zdrave gradove i sela, stanovanje, škole i radna mjesta.	<p>Tehnička pomoć za sprovođenje Mape puta ka boljem zdravlju u malim zemljama u Evropskom regionu SZO, 2022–2025.</p> <p>Tehnička podrška za unapređenje primjene Minamatske konvencije.</p> <p>Podrška poboljšanju WASH-a u zdravstvenim ustanovama.</p> <p>Podrška stvaranju podsticajnog okruženja za zdrava okruženja (npr. gradovi i zajednice po mjeri starijih).</p>
SP4. Efektivnija i efikasnija podrška SZO zemljama		
4.1 Ojačani kapaciteti zemalja u pogledu podataka i inovacija	4.1.1 Zemlja je omogućila jačanje baze podataka, analitike i zdravstvenih informacionih sistema za informisanje o politici i ostvarivanje uticaja.	Tehnička pomoć u jačanju statistike smrtnosti za kreiranje zdravstvene politike zasnovane na dokazima

ANEKS 3: OKVIR UTICAJA I REZULTATA ZEMLJE

Okvir uticaja i rezultata zemlje

Indikator	Polazna osnova	Cilj	Usklađenost indikatora	Izvor podataka
1. PRIORITET:				
Indikator 1.1: Indeks pokrivenosti univerzalnom zdravstvenom zaštitom	67% (2019)			
Indikator 1.1: Kardiovaskularne, kancerogene, bolesti probavnog sistema, dijabetes, bolesti respiratornog sistema među populacijom od 30-70 godina, koeficijent smrtnosti na 100 000 stanovnika (30-70 godina)				
Indikator 1.1: Kardiovaskularne bolesti, rak, smrtnost od bolesti digestivnog sistema na 100 000 stanovnika (svih uzrasta)				
Indikator 1.1: Vjerovatnoća umiranja od bilo koje kardiovaskularne bolesti, raka, dijabetesa, hroničnih respiratornih bolesti između 30. i 70. godine starosti (%)				
Indikator 1.1: Potrošnja alkohola po glavi stanovnika (starosti 15 godina i više) u toku kalendarske godine u litrima čistog alkohola u ruralnim/urbanim regijama				
Indikator 1.1: Potrošnja duvana po glavi stanovnika (uzrast 13-15 godina) po polu, %				

Indikator 1.1: Djeca koeficijent smrtnosti ispod 5 na 1 000 živorođenih				
Indikator 1.1: Udio ciljne populacije obuhvaćene svim vakcinama uključenim u njihov nacionalni program: a) Obuhvat svih vakcina; b) 3 doze difterijetetanusapertusisa (%); c) Druga doza vakcine protiv morbila (%)				
Indikator 1.2: Udio stanovništva sa troškovima domaćinstva za zdravstvene usluge većim od 25% ukupnih troškova domaćinstva				
Indikator 1.2: Udio privatnih troškova (domaćinstava) za zdravstvene usluge, %				
Indikator 3.8.1: Pokrivenost osnovnim zdravstvenim uslugama				
2. PRIORITET:				
Indikator 2.1: Indeks kapaciteta predviđen Međunarodnim zdravstvenim pravilnikom (IHR) i pripremljenosti za vanredne zdravstvene situacije obuhvata sljedeće tačke: 1) nacionalno zakonodavstvo, politika i finansiranje; 2) koordinacija i veza sa nacionalnim kontakt tačkama; 3) nadzor; 4) odgovor; 5) pripremljenost; 6) komunikacija o riziku; 7) ljudski resursi; 8) laboratorija; 9) ulazne tačke; 10) zoonotski događaji; 11) bezbjednost				

hrane; 12) hemijski događaji; 13) radiološke i nuklearne vanredne situacije)				
Indikator 2.2:				
Indikator 2.3:				
3. PRIORITET:				
Indikator 3.1:				
Indikator 3.2:				
Indikator 3.3:				