



*Crna Gora*

*Ministarstvo zdravlja*

**MASTER PLAN  
RAZVOJA ZDRAVSTVA CRNE GORE  
ZA PERIOD 2010.- 2013.**

**Podgorica, 2010. godine**

## SADRŽAJ

Skraćenice .....	3
Uvod .....	4
Usmjerenja Master plana .....	8
Strategija razvoja sistema zdravstvene zaštite .....	9
Prikaz aktuelnog stanja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori .....	12
Prioritetna razvojna područja i ciljevi .....	27
Unaprijeđenje i obezbjeđivanje zdravlja .....	31
Glavna reformska usmjerenja razvoja zdravstvene djelatnosti .....	35
Finansiranje sistema zdravstvene zaštite .....	48
Kvalitet i bezbjednost u zdravstvu .....	54
Lijekovi i medicinska sredstva .....	57
Investicije i standardizacija .....	60
Informaciona i komunikaciona tehnologija, telemedicina .....	62
Nevladine organizacije, udruženja i komunikacije sa javnošću .....	63
Rezime .....	65

## SKRAĆENICE

ALOS	Prosječna dužina boravka u bolnici
BDP	Bruto domaći proizvod
BDP p.g.s.	Bruto domaći proizvod po glavi stanovnika
CBA	Analiza koristi i troškova
DoZO	Dobrovoljno zdravstveno osiguranje
DZO	Dopunsko zdravstveno osiguranje
EBM	Zdravstvena zaštita zasnovana na dokazima
EU	Evropska unija
FZO	Fond za zdravstveno osiguranje
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research/Međunarodno udruženje za farmakoekonomiju i praćenje ishoda liječenja
KC	Klinički centar
LJOP	Ljekar opšte prakse
MZ	Vlada Crne Gore: Ministarstvo zdravlja
MP	Master plan
NVO	Nevladine organizacije
OECD	Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj
OTC	Over the counter/bez recepta
OZO	Obavezno zdravstveno osiguranje
PZT	Procjena zdravstvene tehnologije
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
STZZ	Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
USD	Američki dolar
VCG	Vlada Crne Gore
ZZZZZO	Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju (2004)

# 1. Uvod

Master Plan razvoja zdravstva za period 2010.-2013. (u daljem tekstu: MP) je stručni i politički dokument koji usmjerava razvoj zdravstvenog sistema, u skladu sa cjelokupnim razvojem države i prati smjernice zdravstvene strategije Evropske unije »Zajedno za zdravlje«: strateški pristup EU za period 2008–2013<sup>1</sup>, koju je primjenio Evropski savjet u 2007. godini. Kao osnovni instrument zdravstvene politike, MP obezbjeđuje uslove za efikasni, racionalni i održivi razvoj sistema zdravstvene zaštite, stvarajući uslove da sistem zdravstva bude dio procesa zdravstvene integracije u EU, u skladu sa jednakim vrijednostima, ciljevima i instrumentima. Ukupne vrijednosti i principi univerzalnosti, dostupnost kvalitetne zaštite, jednakost i solidarnost, su centralni stubovi socijalno orientisanog evropskog sistema zdravstva u smislu visokog nivoa socijalne zaštite, socijalne kohezije i socijalne pravde. Njihove glavne karakteristike su usluge javnog zdravlja, neodvojivi dio socijalnih usluga od opšteg značaja i treba ih posmatrati na sličan način.

U svim zemljama svijeta potrebe u javnom zdravstvu se povećavaju, više nego ikada ranije, zbog demografske situacije, epidemiološkog pritiska, bržeg razvoja medicinske tehnologije za dijagnostiku i liječenje, rasta cijena lijekova, pogotovo inovativnih i bioloških, pravog vrednovanja kvaliteta rada i veće svijesti populacije. Troškovi liječenja i prevencije rastu brže od ekonomske osnove društva. Stoga je neophodno uvesti adekvatne sisteme finansiranja koji će obezbijediti pristup potrebnoj zdravstvenoj zaštiti.

Funkcija planiranja razvoja zdravstva je koordinacija aktivnosti u društvu, kako bi se najviše doprinijelo poboljšanju zdravlja stanovništva. Po definiciji SZO, zdravlje nije samo odsustvo bolesti, nego skup najvećeg mogućeg fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja. Kao takvo, zavisi od niza faktora iz čovjekove okoline, na koje pojedinac nema uticaja. Zbog tih činioca zdravlje stanovništva je povezano direktno ili indirektno sa svim djelatnostima i aktivnostima ljudi u nekom društvu a nerijetko zavisi i od aktivnosti i događanja u drugim zemljama. Rijetka su područja, koja nemaju određeni uticaj na zdravstveno stanje stanovništva. Svaki zakon ili odredba sadrži određene elemente, koji mogu doprinjeti poboljšanju ili pogoršanju zdravlja stanovništva.

Plan ima politički karakter jer je neophodna politička saglasnost za sredstva i metode odlučivanja o statusu sistema zdravstva, kao dijela društvenog sistema koji može funkcionisati samo u njegovim okvirima i međusobnoj zavisnosti od drugih privrednih i društvenih kretanja i razvojnih trendova. Zdravstveni sektor nije izvor potrošnje, već izvor investicije u ostvarivanju socijalnog, ekonomskog razvoja i ukupnog razvoja društva.

---

<sup>1</sup> izvor: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/sl/07/st14/st14689.sl07.pdf>

Osnovni principi razvoja zdravstva Crne Gore formulisani su u sljedećim nacionalnim i međunarodnim dokumentima:

- Ustav Crne Gore,
- Ciljevi zdravstvene politike u Crnoj Gori do 2020. godine (2000.),
- Strategija razvoja zdravstva Crne Gore (2003.),
- Master plan razvoja zdravstva Crne Gore za period 2005. – 2010.g.,
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju (2004.),
- Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj gori za 2008. godinu,
- Strategija reproduktivnog zdravlja,
- Strategija mentalnog zdravlja,
- Medjunarodna konferencija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Alma Ata (1978.),
- Ljubljanska povelja o reformi zdravstvenih sistema, SZO (1996.),
- Deklaracija SZO o zdravlju stanovništva svijeta (1999.),
- Evropska strategija SZO “Regionalno zdravlje – 21 cilj za 21. vijek” (1999.),
- Talinska Povelja (2008).

U duhu globalnih ciljeva utvrđenih navedenim dokumentima Crna Gora se uključila u jedinstveni međunarodni proces zdravstvenog razvoja, kroz sprovođenje mjera zdravstvene politike, od dostignutog nivoa zdravlja i zdravstvene zaštite stanovništva, zdravstvenih potreba i materijalnih mogućnosti za njihovo ostvarivanje, do postizanja zacrtanih ciljeva, optimalnog očuvanja i unapređenja zdravlja svakog građanina i cjelokupnog stanovništva.

Nakon sprovedenih aktivnosti na reformi primarnog nivoa zdravstvene zaštite i uspostavljanja koncepta izabranog doktora na čitavoj teritoriji Crne Gore, razvojem centara za podršku, ovim dokumentom se definiše nastavak aktivnosti koje imaju za cilj promociju zdravlja i prevenciju bolesti, naglašava rehabilitaciju i, što je prije moguće, ponovno uključenje oporavljenog ili izliječenog bolesnika u radni odnos, porodicu i šire društvo. Građanin i njegove potrebe ostaju prioritet, ali građanin mora postati partner sa ljekarom i ostalim medicinskim radnicima i pri tom poznavati svoja prava, obaveze i odgovornosti. Zdravlje postaje sastavni dio svih politika: poreske, politike rada, socijalne politike, saobraćajne bezbjednosti, ekologije, poljoprivrede i proizvodnje hrane, obrazovanja i sporta, što znači, da na svim područjima uradimo što više za zdravlje kao najveću dragocjenost.

Promjena nezdravih životnih navika i stila može i mora poboljšati kvalitet života ljudi, produžiti očekivano trajanje života u zdravlju i smanjenje troškova zdravstvene zaštite. Zaštita, smanjivanje negativnog stresa, nekonzumiranje psihoaktivnih sredstava (droge, alkohol, cigarete), uravnotežena ishrana, redovna tjelesna aktivnost i higijena su temeljna područja povezana sa zdravljem, koje bi svaka

moderna država trebala jako podržavati.

Uz građanina u centru sistema zdravstvene zaštite, jačanje menadžmenta, razvoj procesa i detaljno korišćenje informacione i komunikacione tehnologije, predstavljaju najznačajnije pokretače tranzicije iz strukturno zasnovane na procesno zasnovanu zdravstvenu zaštitu. U postupku liječenja pacijenta mora se poštovati princip integralne i interdisciplinarne zaštite, od rođenja do smrti, sa uključenim palijativnim staranjem. Insistiranje na organizacionoj i funkcionalnoj povezanosti, omogućuje bolju reakciju u procesu mijenjanja očekivanja i potražnje građana u vezi sa primarnim zdravstvenim zahtjevima u realna očekivanja, u skladu sa nacionalnim prioritetima. Za veće zadovoljstvo pacijenta je potrebno pripremiti (pred)uslove za efikasniji i kvalitetniji rad i motivaciju zdravstvenih radnika.

Demografska struktura stanovništva, odnosno njegova starosna struktura, određuje epidemiologiju stanovništva, bolesti i potrebe. Starenje stanovništva i porast hroničnih bolesti direktno utiču na kvalitet života i porast zdravstvenih troškova, što naglašavaju i SZO i EU. Međutim, nije uvijek opravdano i potrebno, da se povećaju sa starošću, dosta toga zavisi od njihovog zdravstvenog stanja i potreba za uslugama. Nije samo starost faktor, koji povećava troškove zdravstva, već i blizina smrti (odnosno, broj godina u lošem zdravstvenom stanju prije smrti). Nova istraživanja pokazuju da u zemljama sa visokim prihodima starija lica ostaju dobrog zdravlja. Sigurno će potreba za preventivom, skrining programima, stalnim liječenjem, kontrolom hroničnih bolesti i korišćenje relevantnih tehnologija, povećati troškove u zdravstvu, ali pravovremeni početak tih aktivnosti će u buduću smanjiti ukupne troškove. Pretpostavlja se da najznačajniji uzroci troškova u zdravstvu nijesu toliko vezani za starenje, već za ekonomski rast (bogate zemlje troše više na zdravlje), obim i kvalitet usluga i tehnološke inovacije u vezi sa medicinskom opremom i lijekovima. Ipak, zavisno od zdravstvenog stanja, starija lica imaju veću potrebu za zdravstvenim uslugama. Zbog toga je neophodno usmjerenje ka pristupu pacijentu u domaćoj okolini i na primarnom nivou, gdje efikasna organizacija različitih službi omogućava veću dostupnost.

Dugoročni razvoj zdravstvene zaštite zasnivaće se na postojećim vrijednostima i strategijama zdravstvenog sistema Crne Gore, sa praćenjem strategije i temeljnih akata EU uz uvažavanje specifičnosti zdravstvene zaštite u Crni Gori. Cjelokupni sistem zdravstvene zaštite, počevši od javnog zdravlja, primarne zdravstvene zaštite, a kasnije i sekundarni i tercijarni nivo, treba prilagoditi promjenama stanovništva. Sve planove i zdravstvene politike treba prilagoditi pacijentu i njegovim potrebama. Pacijent je u centru i predstavlja svrhu funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. Zbog toga se predlažu aktivnosti za podjelu rada između različitih nivoa, uz strogi nadzor i podsticanje prenosa dobrih praksi na osnovu medicine zasnovane na dokazima (EBM), uz poštovanje kliničkih smjernica i kliničkih metoda.

Uvođenje telemedicine, telefarmacije i drugih informacionih sistema omogućuje

specijalizaciju stručnjaka u zdravstvu u ulozi konsultanata i dostupnost građanima i informacija i podataka, što će još više poboljšati kvalitet, bezbednost i obim zdravstvenih usluga.

Skraćenje vremena čekanja postićiće se sa organizacionim promjenama u planiranju rada i uz pomoć informacionih tehnologija, zakazivanjem na određenu vremensku jedinicu, stalnim praćenjem i nadograđivanjem nacionalne liste čekanja kao i slikovnih i dijagnostičkih podataka na internet stranama.

Nakon restrukturalnih promjena u stomatološkoj djelatnosti, slijedi praćenje rezultata i uvođenje novina za njeno buduće poboljšanje za još bolje stanje oralnog zdravlja stanovništva, sa posebnim akcentom na prevenciji kod djece i omladine, uz stalni nadzor i praćenje podataka, radi planiranja neophodnih koraka na unaprijeđenju ovog segmenta zdravstvene zaštite.

U poređenju sa međunarodnim podacima, zdravstveni sistem u Crnoj Gori susrijeće se sa manjim brojem zdravstvenih radnika, naročito ljekara<sup>2</sup>. Uz to je potrebno istaći, da su potrebe za zdravstvenim radnicima relativne. Ove potrebe se moraju zasnivati na potrebama zdravstvenog sistema uz praćenje produktivnosti, efikasnosti i kvaliteta, a ne samo na normativima.

Neizostavan dio procesa unaprijeđenja zdravstvene zaštite je poboljšanje znanja rukovođenja i upravljanja zdravstvenim institucijama i povećanja ograničene mogućnosti odlučivanja menadžmenta zdravstvenih institucija. Menadžment i rukovođenje u zdravstvu mora postati centralna tema razvoja kadra, rukovođenja i upravljanja javnim zdravstvenim institucijama i koordinirane djelatnosti svih u mreži zdravstvene zaštite. Uz to, potrebno je jasno opredijeliti odnose i pravila između svih izvođača u okviru mreže zdravstvenih ustanova.

Kultura zaposlenih u zdravstvu mora pratiti pravac poboljšanja odnosa i odgovornosti prema pacijentatu, saznanja o neophodnosti kvalitetnog rada i efikasnog rukovođenja ljudskim, finansijskim i materijalnim resursima. Zbog toga je potrebno javno izvještavati o propustima, bez kazne, pacijentima omogućiti pregled nad organizacijom rada i dokumentacije svih nivoa. Dobri odnosi, poštovanje razlika i interdisciplinarnost timova, temeljni su uslovi za kvalitetan rad, što je od posebne važnosti, uz pojavu novih tehnologija.

Dobri odnosi i komunikacija sa javnošću, informisanje građana na prijatan i razumljiv način, poboljšaće povjerenje u zdravstveni sistem kod svih grupa stanovnika, pogotovo onih ugroženih, i ojačati ličnu odgovornost građana za sopstveno zdravlje i

---

<sup>2</sup> Ali postoje zemlje sa još većim nedostatkom ljekara (npr.: Kanada, Poljska...) zbog restriktivne politike broja ljekara, odlaska u inostranstvo zbog bolje plate. Poslednji fenomen praćen je nakon proširenja EU.

zdravlje drugih.

Tradicionalno liječenje uz nadzor predstavlja dopunske mogućnosti za pacijenta, ako se tako odluči.

Nosilac obaveznog zdravstvenog osiguranja (OZO) - Fond za zdravstveno osiguranje (FZO) slijediće važeći Strateški razvojni plan zdravstvenog osiguranja Crne Gore do 2011. godine, nadograđivati sopstveno administrativno upravljanje poslovima, smanjivati troškove i realno procjenjivati modele plaćanja usluga. Ti modeli moraju podsticati efikasnost i unapređenje kvaliteta, uz potrebno usmjeravanje na ishod liječenja. Uvođenje dodatnih ponuda na području dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (DZO), javno-privatnog partnerstva, mora povećati finansijsku održivost zdravstvenog sistema i dostupnost do usluga i bržeg razvoja, a bez smanjenja solidarnosti i pravednosti zdravstvenog sistema.

Reorganizacija na principu racionalnosti na području sekundarnog nivoa predstavlja platformu za efikasniju i kvalitetniju zdravstvenu zaštitu. Tercijarna zdravstvena djelatnost, hitna medicinska pomoć, područje epidemiologije i kontrole zaraznih bolesti, ostaće u nadležnosti države. Država će učiniti dodatne napore, da organizaciono i kadrovski ojača navedene institucije, kako bi mogle da odgovore međunarodnim i nacionalnim zahtjevima, naročito na polju javnog zdravstva i kontrole zaraznih bolesti, kao i najvažnijih masovnih nezaraznih bolesti.

Komore i stručna tijela na području zdravstva će se prilagoditi podjeli stručnih kompetencija, načinu finansiranja i preuzeti ulogu uvođenja sistema totalnog kvaliteta i bezbjednosti. Predstavnici sindikata i ostali socijalni partneri ostaju ravnopravni partneri u sistemu dogovaranja na području rada i politike zarada, a civilna inicijativa je nezaobilazan faktor u planiranju.



## **2. Usmjerenja Master plana**

### **2. 1. Vizija**

Izgraditi dostupan, kvalitetan i dugoročno održiv sistem zdravstvene zaštite, sa građaninom u centru tog sistema uz ojačanu svjesnost i odgovornost pojedinca za posljedice odluka na lično zdravlje i zdravlje drugih.

### **2. 2. Misija**

Stvaranje uslova za promociju zdravlja u svim politikama za sve u Crnoj Gori, u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja stanovništva Crne Gore.

### **2. 3. Glavni ciljevi**

Glavni cilj je unapređenje indikatora pozitivnog zdravlja stanovništva Crne Gore, a on će se ostvariti postizanjem pojedinačnih ciljeva, i to:

1. Završene sve aktivnosti na reformi primarnog nivoa zdravstvene zaštite, na čitavoj teritoriji Crne Gore;
2. Uspostavljena Mreža zdravstvenih ustanova, kao prostorne raspodjele kapaciteta javnih zdravstvenih institucija i koncesionara;
3. Definisane obavezne pakete usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
4. Uvedeni transparentni sistemi klasifikacije bolesnika, kao osnova za izmjenu sistema finansiranja, odnosno naplaćivanja prema složenosti bolesti;
5. Ojačana specijalističko-ambulanta djelatnost, akutna i neakutna bolnička obrada, i prenesena djelatnosti u dnevne bolnice;
6. Uvedena dodatna ponuda na području dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i javno-privatnog partnerstva;
7. Implementiran sveobuhvatan program razvoja palijativnog zbrinjavanja na nacionalnom nivou;
8. Uvedene nacionalne i međunarodne kliničke smjernice, i formirani klinički putevi, standardi, protokoli i pravila struke, koji su zasnovani na naučnim dokazima;
9. Broj osoblja na sekundarnom nivou i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite planiran prema potrebama stanovništva, koje će se definisati preko nacionalnih prioriteta, broja bolesnika i obuhvaćenih gravitacionih područja.

## **2. 4. Vrijednosti**

- Zdravlje je najveća vrijednost pojedinaca, porodice i čitavog društva, koje znači i kvalitetan život;
- Sveobuhvatnost: dostupnost do zdravstvene zaštite mora biti omogućena svakome i svima,
- Jednakost: svako ima jednake mogućnosti za što bolje zdravlje;
- solidarnost: svako doprinosi zdravstvenom sistemu prema ličnim mogućnostima, a dobija usluge prema ličnim potrebama;
- Uključenost: aktivna uključenost svih aktera u sistem zdravstvene zaštite kod odlučivanja;
- Kvalitet: obezbjeđivanje bezbjedne, integralne zdravstvene obrade visokog kvaliteta;
- Odgovornost: svi smo odgovorni za svoje lično zdravlje i zdravlje drugih, a rezultat je aktivno učešće na očuvanju i unapređenju zdravlja;
- Povjerenje: međusobno povjerenje i poštovanje između korisnika i davaoca zdravstvenih usluga, kao i između samih davaoca zdravstvenih usluga;
- Etičko ponašanje: etičke norme ponašanja u zdravstvenim zanimanjima treba proširiti na poštovanje prava pacijenta i uzeti u obzir pojedinca i njegovu volju.

### 3. Strategija razvoja sistema zdravstvene zaštite

Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2005 – 2010. godine je osnovni dokument koji je dao okvire razvojne politike zdravstvenog sistema Crne Gore za navedeni period, u kojem su sprovedene značajne aktivnosti na reformi sistema, prvenstveno primarnog nivoa zdravstvene zaštite. MP nastavlja da usmjerava razvoj zdravstvenog sistema polazeći od smjernica iz tog dokumenta, kao i zdravstvene strategije Evropske unije »Zajedno za zdravlje«: strateški pristup EU za period 2008–2013<sup>3</sup> i smjernica SZO<sup>4</sup>.

U MP poseban akcenat je dat reformskih aktivnosti na sekundarnom i tercijarnom nivou, kako bi zdravstveni sistem u potpunosti implementirao osnovne vrijednosti na kojima počivaju socijalno orjentisana društva kakvo je Crna Gora.

Okvirna strategija SZO „Zdravlje za sve,“ postavlja osnovne vrijednosti za pripremu javne zdravstvene politike. Među vrijednostima je jednakost prva, što znači, da svako ima jednake mogućnosti za optimalno zdravlje. Ova vrijednost, vezana za zdravlje, zahtijeva od kreatora politike da odrede prioritete zadatke. Zdravstvene politike, koje su zasnovane na principu jednakosti, omogućavaju da su zdravstvene usluge jednako dostupne stanovništvu, te daju posebnu pažnju siromašnima i drugim ranjivim grupama i grupama koje žive na rubu društva. Okvirna strategija Zdravlje za sve kao važan indetifikator vrijednosti, opredjeljuje i solidarnost, što podrazumijeva da svaki određeni pojedinac da svoj prilog zdravstvenom sistemu prema svojoj sposobnosti i da svako dobija uslugu prema svojoj potrebi. Solidarnost predstavlja način postizanja jednakosti, jer pomaže da se uravnoteži uticaj različitih odrednica (determinanti) zdravlja i dostupnosti zdravstvenim uslugama. Ravnopravnost i solidarnost su direktno vezane za treću vrednost, za uključivanje. Aktivno učešće pojedinaca i raznih organizacija u zdravstveni sistem značajno poboljšava kvalitet odlučivanja.

Dopunjena okvirna strategija »Zdravlje za sve«<sup>5</sup> iz 2005. godine, još više naglašava određeni pravac, kako bi se postiglo najbolje zdravlje svakog pojedinca i smanjila razlika u zdravlju. Dok je za poboljšanje zdravlja nužno potrebna aktivna uloga svakog pojedinca, kao osnovni preduslovi za bolje zdravlje su koordinirani multisektorski i međusektorski pristupi, koji utiču na odrednice (determinante) zdravlja. Svako je odgovoran za posljedice svog djelovanja na zdravlje.

Zdravlje je prioritetni zadatak kod definisanja i sprovođenja svih politika i aktivnosti

---

<sup>3</sup> izvor: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/sl/07/st14/st14689.sl07.pdf>

<sup>4</sup>izvor: Okvirna strategija SZO »Zdravlje za sve«, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>

<sup>5</sup> izvor <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>

EU. Osnivački ugovor (Ugovor o osnivanju Evropske zajednice<sup>6</sup>) u članu 152. propisuje, da se u definiciji i implementaciji svih politika i aktivnosti EU obezbjedi visok nivo zdravlja i zdravstvene zaštite.

Države članice treba da na tom području aktivno učestvuju u preduzimanju mjera za unapređenjem, koordinacijom i komplementarnošću nacionalnih mjera za zaštitu i unapređenje ljudskog zdravlja, smanjujući štetu, povezanu sa zavisnošću od droga, upotrebom alkohola, a posebno borbom protiv duvana, kontrolom većeg broja bolesti i vangraničnom prijetnjom za zdravlje, promovisanjem vangranične saradnje i razmjene dobrih praksi.

Evropska zdravstvena politika je pred važnim razvojem zajedničkih izazova, posebno mjera za smanjenje razlika u zdravlju, adaptaciji na demografske promjene, za smanjenje hroničnih nezaraznih bolesti, za povećanje mobilnosti zdravstvenog osoblja i pacijenata, za upravljanje sa prekograničnim i globalnim zdravstvenim prijetnjama (opasnostima), obezbjeđujući zaštitu pacijenata, brz razvoj medicinske tehnologije i neophodnosti održavanja dugoročnih, održivih, kvalitetnih i socijalno orijentisanih zdravstvenih i socijalnih sistema, koji će doprinijeti ekonomskom razvoju, a ujedno i primjereno odgovoriti na rastuća očekivanja svjesnih građana.

Pristup koji pomjera naglasak na preventivne mjere je sastavni dio aktivnosti svake države članice, kako bi se smanjio ekonomski teret na nacionalne zdravstvene sisteme, jer će unapređenje zdravlja i prevencija značajno doprinijeti smanjenju zdravstvenih troškova, a time i finansijskoj održivosti sistema.

Krajem 2007. godine je usvojena strategija EU »Zajedno za zdravlje«: strateški pristup za period 2008-2013. godine, koja je potvrdila predanost zemalja EU poštovanju zajedničkih vrijednosti i principa zdravstvene politike, pružanju mogućnosti za ostvarivanje prava i odgovornosti građana za staranje za svoje zdravlje u čitavom životnom periodu, smanjenju nejednakosti u zdravlju između društvenih grupa i regija, i ulaganje, kao preduslov za ekonomski razvoj i punu integraciju zdravstvene politike na svim nivoima, na osnovu naučnih dostignuća i dokazane metodologije procjene uticaja.

Postizanje glavnih strateških ciljeva EU – dobro zdravlje u društvu koje stara, zaštita građana od prijetnji zdravlju, održivi i fleksibilni zdravstveni sistem i razvoj novih tehnologija – prije svega zavisi od saradnje između nacionalnih politika i djelovanja na nivou EU.

Zbog toga VCG i MZ moraju postaviti zdravlje na prioritarno mjesto vrijednosti i, kao

---

<sup>6</sup> izvor: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/oj/2006/ce321/ce32120061229sl00010331.pdf>

glavni razvojni zadatak, pripremiti skup mjera za postizanje optimalnog zdravlja populacije, smanjenje razlika u zdravlju između regija i grupa stanovništva, unapređenje zdravog ponašanja i prevenciji ranih morbiditeta, poboljšanje dostupnosti, bezbjednosti i kvaliteta zdravstvenih usluga, ulaganja u ljudske kapacitete i modernizacije zdravstvenih objekata.

## 4. Prikaz aktuelnog stanja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

Evaluacije programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i izvještaja istraživanja sprovedenih u Crnoj Gori u poslednjih 10 godina, kao i iz drugih izvještaja, saopštenja, analiza i publikacija MZ, Instituta za javno zdravlje Crne Gore (u daljem tekstu: IJZ), Zavoda za statistiku Crne Gore (MONSTAT), Ministarstva finansija i Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: FZO). Prilikom komparacije pokazatelja sa zemljama Evropske unije (u daljem tekstu: EU) i Evropskog regiona korišćeni su podaci iz baze podataka Svjetske zdravstvene organizacije (u daljem tekstu: SZO) "Zdravlje za sve" (za 2007. godinu ili najsvežiji dostupni).

### 4.1. Stanovništvo

Prema procjeni za 2008. godinu, u Crnoj Gori živi oko 639.900 stanovnika<sup>7</sup>, dok po podacima iz iste ankete Crna Gora u 2009. godini ima 642.200 stanovnika. U bazi osiguranika FZO je po podacima iz decembra 2008. godine evidentirano 641.407 osiguranika (nosilaca osiguranja i članova njihovih porodica i izbjeglih lica)<sup>8</sup>. Tendencija starenja stanovništva i pada stope nataliteta, fertiliteta i prirodnog priraštaja, glavna su obilježja demografske situacije u Crnoj Gori od 1991. do 2007. godine. Stopa nataliteta je u 2007. godini iznosila 12,44 na 1.000 stanovnika, a stopa mortaliteta 9,51 na 1.000 stanovnika, što je uslovalo pozitivnu stopu prirodnog priraštaja od 2,93 na 1.000 stanovnika<sup>9</sup>. Od 2004. godine prati se stabilizovanje nataliteta i opšte stope mortaliteta. Period 1991 – 2007. godine karakteriše smanjenje stope mortaliteta odojčadi i stope prirodnog priraštaja (kao posljedice smanjenja stope nataliteta i povećanja stope mortaliteta), uz istovremeno smanjenje vrijednosti vitalnog indeksa sa 2,42 na 1,31 (MONSTAT).

Procenat starih od 65 i više godina (12,8%) u ukupnoj populaciji u 2008. godini bio je manji od prosjeka u Evropskom regionu (15,1%), dok je procenat mladih do 14 godina (19,7%) iznad prosjeka (17%)<sup>10</sup>. U 2007. godini, prosječan životni vijek (očekivano trajanja života na rođenju) za muškarce je iznosio 71,22 godine, a za žene 76,06 godina, što je za oko 6 godina kraće od prosjeka za zemlje EU. Prema projekciji stanovništva Republičkog zavoda za statistiku Crne Gore do 2022. godine očekuje se kontinuirano smanjenje broja stanovnika<sup>11</sup>.

Važan demografski, a ujedno i pokazatelj socijalno – ekonomskih uslova i funkcionisanja zdravstvene službe jedne zemlje je smrtnost djece do navršene prve godine života. U Crnoj Gori je mortalitet odojčadi smanjen sa 11,14 na 1.000 živorođenih (1991.) na 7,4 na 1.000 živorođenih (2007). Međutim, vrijednost ovog pokazatelja je još uvijek iznad vrijednosti koje se bilježe u zemljama EU (4,6 na 1.000 živorođenih) i Evro A-grupe<sup>[1]</sup> (3,9 na 1.000 živorođenih).

<sup>7</sup> Izvor: Anketa o radnoj snazi, Statistical Office of Montenegro – MONSTAT, Podgorica 2008.

<sup>8</sup> Izvor: Izvještaj o poslovanju FZO za obavezno zdravstveno osiguranje, Podgorica 2009.

<sup>9</sup> Izvor: Statistički godišnjak 2007, Statistical Office of Montenegro – MONSTAT, Podgorica 2008.

<sup>10</sup> Izvor: Žene i muškarci u crnoj Gori, Statistical Office of Montenegro – MONSTAT, Podgorica 2008.

<sup>11</sup> Izvor: Statistički godišnjak 2007, Statistical Office of Montenegro – MONSTAT, Podgorica 2008.

[1] Evro-grupa A (Eur-A) je najprestižnija od pet grupa evropskih zemalja članica SZO koje su klasifikovane prema stopi smrtnosti djece uzrasta do 5 godina i odraslih muškaraca starosti 15 do 59 godina, s obzirom da je čine zemlje sa najnižom stopom umiranja djece i odraslih. U grupi (Eur-A) je 27 zemalja: Andora, Austrija, Belgija, Hrvatska, Kipar, Češka, Danska, Finska, Francuska, Njemačka, Grčka, Island, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg,

## 4.2. Socijalno – ekonomska situacija

U Crnoj Gori su period nakon 2000. godine obilježila pozitivna kretanja niza socijalno-ekonomskih pokazatelja, poput porasta bruto domaćeg proizvoda (u daljem tekstu: BDP), relativne monetarne stabilnosti i porasta izdvajanja za zdravstvenu potrošnju. Međutim, nizak nivo BDP-a i visoka stopa nezaposlenosti predstavljaju ozbiljan limitirajući faktor održivog finansiranja zdravstvene zaštite.

BDP Crne Gore po stanovniku u 2002. godini iznosio je 2.208 EUR, i potom se bilježi konstantni porast tog pokazatelja sve do 2009. godine, kada je prema procjeni Zavoda za statistiku Crne Gore 5.893,44 EUR po stanovniku (MONSTAT). To je još uvijek veoma nisko.

Prosječne (realne) zarade bilježile su porast u svakoj posmatranoj godini u razdoblju 2004 – 2007. Tako su u 2008. godini prosječne realne zarade u neto iznosu dostigle 338 EUR, a na području zdravstvenog i socijalnog rada prosječne realne neto zarade bile su i niže i dostigle su 296 EUR.

Relativno niske prosječne zarade uticale su i na strukturu lične potrošnje domaćinstava po namjeni. Prema Anketi o potrošnji domaćinstava u Crni Gori, karakteristično je visoko učešće izdataka za ishranu i bezalkoholna pića, čak 33,2% u 2007. godini. Rashodi za stanovanje, struju i vodu iznosili su 12%. Rashodi za zdravstvenu zaštitu činili su 4% u potrošnji domaćinstava u 2007. godini. Zbog niskih zarada se potroši skoro cjelokupna zarada domaćinstva.

Prema Anketi o radnoj snazi, registrovana stopa nezaposlenosti u 2009. godini iznosila je 12,8%, što se poklapa sa zvaničnim podacima Zavoda za zapošljavanje Crne Gore, dok je stopa zaposlenosti iznosila 51,5%. To znači da je broj nezaposlenih u 2009. godini krajem juna bio 31.516, a zaposlenih 218.609<sup>12</sup>. Stopa nezaposlenosti ima tendenciju pada – u 2007. godini iznosila je 19,4%, a u 2008. godini 18,3%. Ipak, stopa nezaposlenosti u Crnoj Gori i dalje je značajno viša od prosjeka EU (7,2%) i većine zemalja u okruženju (Hrvatska 9,6%, Slovenija 7,7%, Bugarska 6,9%).

## 4.3. Zdravstveno stanje

Na zdravstveno stanje su, pored starenja populacije, uticala i negativna socijalno-ekonomska kretanja u poslednjoj deceniji prošlog vijeka. Zdravstveni potencijal nacije se istrošio, zbog čega se u vremenu socijalno-ekonomskog oporavka, uz sve teškoće koje sa sobom nosi tranzicija države i društva, ne može očekivati brzo zaustavljanje negativnih pokazatelja zdravlja i njihovo željeno poboljšanje.

### Hronične nezarazne bolesti

Hronične nezarazne bolesti su vodeći uzroci obolijevanja, invalidnosti i prevremenog (prije 65. godine) umiranja stanovnika Crne Gore. Ishemičke bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti, rak pluća, afektivni poremećaji (unipolarna depresija) i

---

Malta, Monako, Holandija, Norveška, Portugalija, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švajcarska i Velika Britanija.

<sup>12</sup> Izvor: Zavod za zapošljavanje CG (WWW)

šećerna bolest (dijabetes) predstavljaju hronične nezarazne bolesti, koje su odgovorne za skoro dvije trećine ukupnog opterećenja bolešću<sup>13</sup>.

Hronične nezarazne bolesti su u 2007. godini činile skoro 80% svih uzroka smrti. U strukturi mortaliteta, bolesti srca i krvnih sudova činile su više od polovine svih smrtnih ishoda (55,8%), a svaka šesta umrla osoba (15,8%) bila je žrtva malignog tumora. Od ukupnog broja umrlih, za 3,9% su razlog umiranja bile povrede i trovanja, za 2,9% bolesti sistema za disanje.

Prema dostupnim podacima zdravstvene statistike za 2006. godinu, učešće bolesti sistema krvotoka je na prvom mjestu u ukupnom broju oboljenja, zbog kojih su osobe liječene u bolnicama (16,7% svih slučajeva bolničkih otpusta), dok su na drugom mjestu, kao uzrok hospitalizacija, bolesti sistema za varenje sa 11,5%, bolesti sistema za disanje 11,0%. Što se tiče vanbolničke zdravstvene službe, ona je u toku 2006. godine u daleko najvećem broju slučajeva registrovala bolesti iz grupe oboljenja sistema za disanje (47,2%), dok su bolesti sistema krvotoka bile na trećem mjestu (6,2%), iza bolesti mokraćnog i polnog sistema (6,8%).

Učešće malignih neoplazmi u broju lica, koja su liječena u bolnicama, je vrlo visoko. Sa učešćem od 8,7% od svih slučajeva bolničkih otpusta, to predstavlja četvrti najčešći razlog za hospitalizaciju u 2006. godini. Što se tiče opterećenja vanbolničke zdravstvene službe u 2006. godini, maligne neoplazme su sa učestalošću od 0,53% bile pri samom dnu ljestvice razloga za posjetu vanbolničke zdravstvene službe.

## Faktori rizika

Pušenje, hipertenzija, hiperholesterolemija, gojaznost, nepravilna ishrana, fizička neaktivnost i zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci su faktori rizika za brojne hronične nezarazne bolesti, čiji nastanak najčešće ima multifaktorsku etiologiju.

U Crnoj Gori je 2008. godine pušilo 32,7% odraslog stanovništva (26,4% svakodnevnih pušača i 6,3% povremenih pušača), oko 20% srednjoškolske populacije svakodnevno puši duvan, kao i 4 % djece uzrasta od 11 do 14 godine. 40,8% odraslog stanovništva je imalo hipertenziju ili potencijalno moglo da oboli od povišenog krvnog pritiska, 15,1% odraslih je bilo gojazno, 21,2 % djece i adolescenata u uzrastu od 7 – 19 godina ima prekomjernu tjelesnu masu, 9,2% osoba svakog dana i 2,3% osoba 4 – 6 puta nedjeljno radi fizičke vežbe, dok je 22,2% odraslih svakodnevno ili povremeno konzumiralo alkohol<sup>14</sup>.

## 4.4. Zdravstvena služba

Osnovnu organizacionu strukturu u sistemu zdravstvene zaštite čini mreža državnih zdravstvenih ustanova i ustanove u privatnom vlasništvu.

Država Crna Gora je osnivač svih zdravstvenih ustanova, koje obavljaju zdravstvenu djelatnost kao javne zdravstvene ustanove, koje su osnovane radi obezbjeđivanja zakonom utvrđenih prava građana u oblasti zdravstvene zaštite<sup>15</sup>. Mreža i kapaciteti zdravstvenih ustanova su planirani na osnovu standarda i normativa, prema

---

<sup>13</sup> Izvor: Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori 2008., Institut za javno zdravlje CG, 2009.

<sup>14</sup> <sup>14</sup> Izvor: Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori 2008., Institut za javno zdravlje CG, 2009.

<sup>15</sup> Izvor: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl.RCG 39/04



zdravstvenim potrebama stanovništva i mogućnostima zdravstvene službe, a u skladu sa usvojenim principima solidarnosti, dostupnosti i jednakosti u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Najveći stepen decentralizacije sproveden je u oblasti primarne zdravstvene zaštite (osnivačka prava domova zdravlja su prenesena na lokalnu samoupravu).

#### 4.5. Kapaciteti

Mrežu zdravstvenih ustanova usvaja VCG na osnovu ZZZ, a mreža zdravstvenih ustanova sastoji se od vrste, broja, strukture, kapaciteta i prostornog rasporeda zdravstvenih ustanova. Mreža državnih zdravstvenih ustanova je organizovana na tri nivoa pružanja zdravstvene zaštite. Mrežu javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore u 2008. godini sačinjavalo je 18 domova zdravlja i 3 zdravstvene stanice, 7 opštih bolnica, 3 specijalne bolnice, Klinički centar Crne Gore (u daljem tekstu: KC), IJZ i Apotekarska ustanova Crne Gore.

Mrežu bolničkih kapaciteta javnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori čine stacionari pri domovima zdravlja<sup>[2]</sup>, opšte bolnice, specijalne bolnice i KC.

Mreža bolničkih ustanova u Crnoj Gori na sekundarnom nivou se sastoji od:

- 7 opštih bolnica (u daljem tekstu: OB): OB Bar (za gravitaciono područje Bara i Ulcinja), OB Berane (za gravitaciono područje Berana, Andrijevice, Rožaja i Plava), OB Bijelo Polje (za gravitaciono područje Bijelo Polje i Mojkovca), OB Kotor (za gravitaciono područje Kotor, Tivat i Herceg Novi), OB Nikšić (za gravitaciono područje Nikšić, Šavnik i Plužine), OB Pljevlja (za gravitaciono područje Pljevlja i Žabljak), OB Cetinje (za gravitaciono područje Cetinje i Budva);
- 3 specijalne bolnice (u daljem tekstu: SB): (SB za psihijatriju – Dobrota, SB za ortopediju, neurohirurgiju i neurologiju – Risan i SB za plućne bolesti i TBC Brezovik); i
- KC, koji je ustanova na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, a za stanovništvo Podgorice, Danilovgrada i Kolašina pruža usluge sekundarnog nivoa.

Kao pokazatelj stanja stacionarnih ustanova je osnovna odrednica bolnički krevet, a pokazatelji funkcionisanja se vežu za bolnički liječenog pacijenta. Bolnički krevetni kapaciteti u 2008. godini su planirani na osnovu normativa krevetnog fonda u Crnoj Gori, dati Master planom razvoja zdravstva Crne Gore za period 2005 – 2010 godine. S obzirom na reformsko opredjeljenje o finansiranju potreba stanovnika (a ne resursa), u izradi planova rada za 2008. godinu, polazna osnova je bila stopa hospitalizacije i prosječna dužina liječenja.

Prema podacima iz Izvještaja o radu bolničko-stacionarnih ustanova<sup>16</sup> na dan 31. 12. 2008. godine, ukupno je bilo 2.422 kreveta, od toga je bilo 1.115 standardnih kreveta namijenjenih opštim bolničkim kapacitetima, 83 kreveta bilo je u stacionarima domova zdravlja<sup>[3]</sup>, 509 standardnih kreveta u specijalnim bolnicama i 715 standardnih kreveta u KC (kreveti OB Nikšić i OB Cetinje se u izvještaju službi sa

<sup>[2]</sup> Po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti dom zdravlja ne može imati krevete jer je ustanova koja je nosilac primarne zdravstvene zaštite.

<sup>16</sup> Izvor: Analiza kapaciteta i kadrova u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti u CG za 2002.g., IJZ 2003.

<sup>[3]</sup> U 2008. godini je u stacionarima bilo 83 kreveta u funkciji, i to: DZ Mojkovac 15, DZ Rožaje 40, DZ Plav 15, DZ Ulcinj 8 i zdravstvenoj stanici: Plužine 5;

terena i dalje vode u navedenim bolnicama a ne u KC). Na taj način je postignuta obezbjeđenost od 385 kreveta na 100.000 stanovnika, što je manje od prosjeka EU (570 na 100.000 stanovnika), a značajno manje od prosjeka evropskog regiona, koji iznosi 668 kreveta na 100.000 stanovnika.

Na kraju 2008. godine u svim javnim ustanovama Crne Gore radilo je 7.231 radnika, od čega 5.405 medicinskih radnika i saradnika i 1.826 (25,3%) zaposlenih nemedicinske struke. Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra, zaposlenog u svim javnim službama u zdravstvenom sektoru bio je 2,96:1 (odnosno na 100 medicinskih radnika i saradnika radilo je 33,8 nemedicinskih).

Tabela 1: Zaposleni u svim javnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori u 2008 godini

JAVNE ZDRAVSTVENE USTANOVE	UKUPNO SVIH RADNIKA		Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici														Svega sa nižom stručnom spremom		Svega sa višom stručnom spremom					
			Ukupno zdravstveni radnici i saradnici		SVEGA visoka stručna sprema		SVEGA Ljekari + stomatolozi		Ljekari				Ljekari stomatolozi								Farmaceuti	Ostali sa visokom stručnom spremom	Svega sa višom stručnom spremom	Svega sa srednjom stručnom spremom
			Svega	Ljekari + stomatolozi	Ljekari				Ljekari stomatolozi															
					Svega ljekara	Opšte medicine	Na specijalizaciji	Specijalisti	Svega ljekara stomatologa	Opšti stomatolozi	Stomatolozi na specijalizaciji	Stomatolozi specijalisti												
Ukupno ZS	59	39	8	8	8	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	20				
KC CG– Podgorica	1.918	1.406	411	364	337	0	99	238	27	3	1	23	1	46	67	928	0	512						
Ukupno OB	1.630	1.180	290	281	281	0	74	207	0	0	0	0	4	5	37	852	1	450						
Ukupno SB	368	276	59	54	53	0	7	46	1	1	0	0	0	5	18	199	0	92						
Ukupno ZS, OB, SB i KCj	3.975	2.901	768	707	679	1	180	498	28	4	1	23	5	56	122	2.010	1	1.074						
UKUPNO JZU I JAU	7.231	5.405	1.554	1.357	1.312	137	278	897	45	9	7	29	99	98	229	3.616	6	1.826						

Izvor: Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2008. godinu. Institut za javno zdravlje, Centar za razvoj zdravstvenog sistema. Podgorica, maj 2009

Od medicinskih radnika 1.312 (24,3%) su ljekari (od toga 67,9% specijalisti raznih disciplina), 45 (0,8%) stomatolozi, 98 (1,8%) zdravstveni saradnici sa VSS, 99 (1,8%) farmaceuti i 3.845 (71,2%) su radnici sa višom i srednjom stručnom spremom.

U odnosu na godinu 1991, to je 5,8% više zaposlenih (tabela 2), ali u isto vrijeme 0,3% manje nego 2003. godine. Istovremeno je promijenjena kvalifikaciona struktura zaposlenih, smanjeno učešće nemedicinskih (administrativno – tehničkih) radnika, dok je poraslo učešće ljekara i medicinskih sestara. Time se kadrovska obezbjeđenost, odnosno broj ljekara i broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika, poboljšava.

Tabela 2: Zaposleni u zdravstvu u Crnoj Gori u 1991, 2003 i 2008 godini

Profil	1991	2003	2008
Ljekari i Ljekari specijalisti	917	1.139	1.312
Stomatolozi	275	265	98
Farmaceuti	120	103	99

<b>Svi zdravstveni radnici i saradnici</b>	3.485	5.464	5.405
<b>Administrativno i tehničko osoblje</b>	1.961	1.787	1.826
<b>Svi zaposleni u zdravstvu</b>	<b>6.815</b>	<b>7.251</b>	<b>7.231</b>

Izvor: Analiza kapaciteta i kadrova u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Crnoj Gori za 2002. godinu, Analiza zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za 2003. godinu, Institut za zdravlje Crne Gore, Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2008. godinu, Institut za javno zdravlje, Centar za razvoj zdravstvenog sistema, Podgorica, maj 2009

Još uvijek broj ljekara u zemljama EU sa 321 ljekara na 100.000 stanovnika bitno je veći nego u Crnoj Gori (204,5 ljekara na 100.000 stanovnika). Učešće administrativno – tehničkih radnika u ukupnom broju zaposlenih, iako kontinuirano smanjivan, je i dalje visok i u 2008. U 2008. godini iznosilo je 25,3% ili 0,7% manje nego 2003 (3,5% manje nego 1991. godine). Podaci pokazuju, da nema nezaposlenih ljekara, najviše zbog ekstenzivnog zapošljavanja u zdravstvenim ustanovama.

Kad izdvojimo samo sekundarni i tercijarni nivo (zdravstveni stacionari, OB, SB i KC) na kraju 2008. godine je u javnim ustanovama Crne Gore radilo 3.975 radnika. Od toga je bilo 2.901 medicinskih radnika i saradnika i 1.074 (27,0%) zaposlenih nemedicinske struke. Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra, zaposlenog na sekundarnom in tercijarnom nivou u javnim službama bio je 2,7:1 (odnosno na 100 medicinskih radnika i saradnika radilo je 37,0 nemedicinskih). Od medicinskih radnika 697 (24,0%) su ljekari (od toga 73,3% specijalisti raznih disciplina), 28 (1,0%) stomatolozi, 56 (1,9%) zdravstveni saradnici sa VSS, 5 (0,2%) farmaceuti i 2.132 (73,5%) su radnici sa višom i srednjom stručnom spremom.

U Crnoj Gori se kontinuirano ulaže u obnavljanje i nabavku medicinske opreme, posebno opreme visoke tehnološke vrednosti. Procenjuje se, da državne zdravstvene ustanove i privatna praksa raspolažu sa: 2 magnetne rezonance (u daljem tekstu: MRI) (3,1 na milion stanovnika), 11 aparata za kompjuterizovanu tomografiju (u daljem tekstu: CT) (17,1 na milion stanovnika) od kojih je 1 privatni, 1 linearni akcelerator (u daljem tekstu: LINAC) (1,5 na milion stanovnika) i 10 mamografa (15,6 na milion stanovnika), od kojih je 1 privatni.

U Crnoj Gori zdravstvene usluge stanovništvu pored državne zdravstvene službe pruža i privatna praksa. Prema poslednjim odacima MZ, u Crnoj Gori postoji 529 privatnih davalaca zdravstvenih usluga, uključujući 169 apoteka.

#### 4.6. Korišćenje

U toku 2008. godine je u specijalističkoj djelatnosti obavljeno 1.053.317 pregleda, od kojih je 595.709 ili 56,6% prvih. Obavljeno je bilo 8.040 pregleda po ljekaru ili 1,64 pregleda po osiguraniku.

Tabela 3: Broj pregleda, prvih pregleda u specijalističkoj djelatnosti u Crnoj Gori u 2008 godini.

	<b>Domovi zdravlja</b>	<b>Bolnice</b>	<b>Ukupno</b>
<b>Broj pregleda</b>	380.341	672.976	1.053.317
<b>Broj prvih pregleda</b>	219.449 (57,7%)	376.260 (55,9%)	595.709 (56,6%)
<b>Broj pregleda/ljekaru</b>	4.754	13.196	8.040
<b>Broj pregleda/osiguraniku</b>	0,59	1,05	1,64

Višegodišnji razvoj domova zdravlja je karakterisalo formiranje specijalističkih ordinacija iz brojnih kliničkih disciplina, što je doprinjelo, da se stvore paralelni poliklinički kapaciteti – u okviru bolnica i na nivou domova zdravlja. Prema pregledima po ljekaru i osiguraniku, u domovima zdravlja postoji neracionalno korišćenje kapaciteta – ljekara.

U 2008. godini je u Crnoj Gori registrovano 75.033 hospitalizacija. Iako stopa hospitalizacije bilježi trend porasta i u 2008. godini iznosi 12,9 hospitalizovanih na 100 stanovnika, još uvijek je značajno niža od prosjeka u evropskom regionu (19,2) i EU (17,9). Prosječna dužina liječenja je u proteklih 13 godina smanjena za 3,69 dana i u 2008. godini iznosila je 8,58 dana, što je malo ispod prosječne vrijednosti u EU (9 dana). Uz to postoje velike razlike u prosječnoj dužini liječenja između vrsta bolnica: u OB (na internim odjeljenjima 9,25, na ginekologiji 5,95, na hirurgiji 6,61 i pedijatriji 5,65 dana), u SB 30,46 dana (u SB Dobrota 77,29, SB Risan 15,28 i SB Brezovik 21,32 dana) i u KC 6,6 dana. Najmanja prosječna dužina bolničkog liječenja je u stacionarima domova zdravlja (3,74 dana). Najduže prosječno liječenje pacijenata bilo u SB (u Dobroti), što je u skladu sa hronično oboljelim pacijentima.

U toku 2008. godine u OB je ispisano 164, u KC 115, u SB 109 (u Dobroti 92; Risnu 98 i Brezoviku 140) bolesnika po jednom ljekaru. Broj ispisanih bolesnika po jednom ljekaru ukazuje na obim rada i opterećenost ljekara u bolnicama i ukazuje na velike razlike između bolnica!

Prosječna dnevna zauzetost kreveta u bolnicama u Crnoj Gori je iznosila od 53,84% do 89,36%. U OB od 53,84% do 74,56% (na internim odjeljenjima 74,56%, na ginekologiji 55,14 %, na hirurgiji 67,82% i pedijatriji 53,84%), u SB (SB Dobrota 104,8 %, SB Risan 80,1 % i SB Brezovik 89,36 %) i u KC CG 72,62 %. Osim specijalnih bolnica, prosječna dnevna zauzetost manja je od prosjeka u EU (76,3%), kao i od evropskog prosjeka (79,1%). Nizak nivo zauzetosti kreveta se ne može tumačiti samo kao rezultat viška krevetnih kapaciteta, već djelovanja više faktora, kao što su neodgovarajuća distribucija kreveta u odnosu na aktuelne potrebe i tradicionalni način finansiranja kapaciteta zdravstvenih ustanova.

Stopa bolničkog letaliteta (broj umrlih na 1.000 liječenih), kao jedan od pokazatelja kvaliteta rada u bolnicama je u Crnoj Gori za 2008. godinu iznosila 18,31 (2007. godine stopa letaliteta je bila 19,96). Stope bolničkog letaliteta su različite: 6,23 u stacionarima domova zdravlja, 18,18 u OB, 18,04 u KC, najviša je sa 41,44 u SB Risan<sup>[4]</sup>.

#### 4.7. Finansiranje zdravstvene zaštite

Finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasnovano je na principima Bizmarkovog socijalnog zdravstvenog osiguranja, koji se finansira iz doprinosa, koje plaćaju poslodavci, zaposleni i druge kategorije stanovništva<sup>[5]</sup>. ZZZ predviđeno je i

<sup>[4]</sup> U 2008 je u bolnicama u Sloveniji mortalitet bio 24,98, u OB 28,8 i UKC 23,81.

<sup>[5]</sup> Stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje zaposlenih je 9%, od čega na teret poslodavca 5% i na teret osiguranika 4% zarade. Stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje poljoprivrednih osiguranika je 9%, dok osnovicu čini 12% prosječne mesečne bruto zarade u Crnoj Gori u prethodnoj godini. Za korisnike penzija stopa doprinosa je 19%, a osnovicu čini iznos penzije. Zavod za zapošljavanje plaća doprinose za nezaposlena lica koja primaju novčanu naknadu po stopi od 5% na iznos novčane naknade.

finansiranje zdravstvenog osiguranja iz poreza (budžet) za neke marginalizovane grupe stanovništva (nezaposleni, izbjeglice, raseljena lica). Na osnovu ZZO kompletno stanovništvo je obavezno zdravstveno osigurano. Gotovo 70% doprinosa dolazi od zaposlenih, 25% od penzionera, 3% od nezaposlenih i 0,1% od poljoprivrednih proizvođača. Podatak, da 3,25% stanovništva čine poljoprivredni proizvođači, koji učestvuju sa 0,1% svih doprinosa, govori nam, da je načelo horizontalne jednakosti prekršeno. To znači, da kao i u nekim drugim zemljama, postoje grupe stanovništva, koje koriste druge osnovice umjesto bruto zarade (kao zaposleni), i zbog toga plaćaju manje a u privilegovanom su položaju u odnosu na zaposlene. Solidarnost se kao vrijednost prebacuje na teret zaposlenih, dok neke druge kategorije stanovništva, zbog neuređenih osnova za zdravstvenu zaštitu, plaćaju manje i ako su njihovi prihodi visoki. Produžavanje takve situacije još više ide na teret zaposlenih, jer će se sve više i više populacije naći u privilegovanim kategorijama, kao što su samozaposleni i poljoprivredni proizvođači. Doprinosi u ovim kategorijama nisu dobro regulisani i može se predvideti ispad prihoda zbog prekategorijske populacije.

Osim sredstava OZO iz budžeta se vrši nadoknada sredstava po osnovu smanjenja stope doprinosa za OZO, nedostajuća sredstva za isplatu zarada zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama, za finansiranje djelatnosti MZ, zbog čega je, može se reći, u Crnoj Gori prisutan mješoviti sistem finansiranja, posebno ako se ima u vidu, da su postojeća zakonska rješenja (Zakon o budžetu, sistem trezora) primjerenija sistemu budžetskog finansiranja zdravstvene zaštite nego sistemu osiguranja.

Dodatni izvori za finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori tako su također direktna plaćanja korisnika zdravstvene zaštite (participacija), sredstva ostalih plaćanja i sredstva iz donacija.

Poznato je, da obaveza i solidarnost u zdravstvenom osiguranju donosi stanovništvu određena prava na zdravstvene usluge i novčane nadoknade, ali je njihovo ostvarivanje vezano i za obavezu plaćanja doprinosa proporcionalno svojim finansijskim mogućnostima. OZO se osiguranim licima obezbjeđuje pravo na korišćenje zdravstvene zaštite. Institucija u kojoj se ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja i obezbjeđuju sredstva za ove namene je FZO. Pored obaveznog, ZZO poznaje i dobrovoljno osiguranje. Dobrovoljno osiguranje ne smije da bude dopunsko (analiza dopunskog i dodatnog osiguranja, što koje podrazumijeva i na kakav se način mora dobrovoljno osiguranje uvesti, detaljnije je obrazloženo u Master planu), već dodatno dobrovoljno i treba da sadrži paket usluga, koje su potpuno odvojene od OZO. Zato nema nikakve potrebe, da je u nadležnosti javnog sektora - predloženo dobrovoljno zdravstveno osiguranje treba da bude u nadležnosti tržišta i privatnih osiguravajućih društava.

FZO je u 2008. godini ostvario 183,42 mil. € prihoda, što je za 45,04 mil. € ili 32,55% više u odnosu na ostvarene prihode u 2007. godini (138,38 mil. €), kao rezultat sveukupnog ekonomskog rasta u Crnoj Gori, redovnije naplate prihoda i povećanja obuhvaćenosti obaveznika uplate doprinosa. Od toga, prihodi od doprinosa za zdravstvenu zaštitu iznosili su 144,8 mil. € (78,95% ukupnih prihoda) što predstavlja smanjenje u odnosu na prethodne godine (2007.g.: 90,63%, 2006.g.: 93,67%). Do smanjenja učešća ovih prihoda došlo je zbog smanjenja stope doprinosa za OZO sa 13,5% na 12% u 2008. g. (10,5% u 2009. g.), shodno Zakonu o doprinosima za socijalno osiguranje<sup>17</sup>. Prihodi iz budžeta povećani su sa 6,84 mil. € u 2006. godini

---

<sup>17</sup> Izvor: Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, Sl..CG.br 13/07.

na 11,38 mil. € u 2007. odnosno na 37,09 mil. € u 2008. godini, u cilju nadoknade sredstava po osnovu smanjenja stope doprinosa za OZO. Znači, učešće prihoda iz budžeta u ukupnim prihodima FZO povećano je sa 5,8% u 2006. godini na 20,22% u 2008. godini. Osim sredstava OZO iz javnih izvora bilo je u 2008. godini namijenjenih još 69 mil. € za finansiranje djelatnosti MZ. U odnosu na ostvareni budžet MZ u 2007, to znači povećanje za 11,52 mil. € ili 20%.

Ukupno ostvareni rashodi FZO u 2008. godini su 172,48 mil. €, 2007.g. 138,52 mil. €, a 2006.g. 117,94 mil. €. Rashodi FZO obuhvataju sredstva za zdravstvenu zaštitu osiguranih lica po nivoima zdravstvene zaštite, ostala prava iz zdravstvene zaštite i osiguranja te ostale izdatke. Za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite izdaci u 2008. g. činili su 45,21% ukupnih rashoda<sup>[6]</sup>. U komparaciji sa Slovenijom (48,1%) procenat nije previsok. U periodu od 2006. godine su rasli i u apsolutnom i u relativnom iznosu, jer još uvijek ne postoji prava kontrola i statistika troškova na bolničkom nivou.

Tabela 5. Učešće izdataka Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP od 2004 do 2009

Godina	BDP * (u mil. €)	Izdaci FZZO ** (mil. €)	Učešće FZZO u BDP
2004	1.669,80	95,58	5,72
2005	1.815,00	108,89	6,00
2006	2.148,90	117,94	5,49
2007	2.807,90	138,52	4,93
2008	3.085,60	172,48	5,59
2009	3.242,00	158,49	4,89

\* Izvor Monstat (2001-2008) analiza ostvarivanja ekonomske politike Crne Gore za 9 mjeseci 2009.g. (procjena za 2009.g.)

\*\* Izvor Izvještaj o poslovanju Fonda

**Tabela br. 1.** Učešće izdataka Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP od 2004 do 2009.

#### 4.8. Raspodjela finansijskih resursa i plaćanje davalaca usluga

Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu mogu se podijeliti na javne i privatne. Javni rashodi predstavljaju rashode iz javnih prihoda (OZO i budžeti). Takođe, javni rashodi su i investicije u sistem zdravstvene zaštite za izgradnju infrastrukture i finansiranje nabavke medicinske opreme. Privatni rashodi za zdravstvenu zaštitu su iz privatnih izvora, kao što su direktno plaćanje (participacija i plaćanje iz džepa) i dobrovoljnog osiguranja.

Prema Nacionalnim zdravstvenim računima u Crnoj Gori, ukupni troškovi za zdravstvo kao dio BDP činili su 7,5% u 2006 (8,0% u 2005 i 8,2% u 2004). U periodu od 2004 – 2006, rast ukupnih troškova za zdravstvo je bila 5,9% u prosjeku u realnim

<sup>[6]</sup> Zbog različitih nacionalnih definicija sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite komparacija sa prosjekom EU nije moguća. Komparacija takođe nije moguća na osnovi podatka baze OECD Health Data 2009.

uslovima, zaostajući 0,5 p.p. iza rasta BDP. Rast javnih zdravstvenih troškova je ojačao sa 1,6% u 2005 na 8,4% u 2006 u realnim uslovima, iako je i dalje zaostajao za rastom BDP koji je činio 8,6% u 2006.

Privatni troškovi su iznosili 25% u 2006. godini (što je zadnja godina, za koju su raspoloživi podaci) i porasli su za preko 9% u realnim uslovima u 2005 i 2006. U procesu pripreme privatnih troškova, podaci o troškovima domaćinstava za zdravstvo iz Anketa o potrošnji domaćinstava (u daljem tekstu: APD) za 2005, 2006 i 2007. godinu poslužili su kao glavni izvori podataka za procjenu gotovinske potrošnje.

S druge strane, rezultat ukupnih troškova domaćinstava na zdravstvo iz Nacionalne ankete o zdravlju stanovništva Crne Gore za 2008 je bio visok, tako da kada bi se Nacionalni zdravstveni računi oslonili i upotrebili ovaj izvor, cjelokupni izdaci za zdravstvo bili bi negdje oko 11% BDP, što bi bilo izuzetno visoko<sup>18</sup>.

Ukupni troškovi za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika u 2006 iznosili su 259 € i US\$ 727 u PKM (pariteta kupovne moći). Prosjek ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika u 2006 u EU iznosili su 2.364 €, a u Sloveniji 1.279 €.

Međunarodno poređenje pokazuje, da je dio BDP potrošen za zdravstvo u Crnoj Gori blizu prosjeka EU (8,2% u 2005) i blizu nivoa u drugim državama bivše Jugoslavije, međutim, ovaj dio je visok u poređenju sa nekim drugim zemljama sa malim i srednjim prihodima u regionu (Albanija 6,5% 2005, Rumunija 5,5% 2005, Bugarska 7,7% 2005). Ipak, troškovi za zdravstvo po glavi stanovnika pokazuju, da Crna Gora značajno zaostaje za razvijenijim evropskim državama, ali je veći nego u nekim drugim državama u regionu (Slovenija 8,3% 2006).

U 2008. godini, prema podacima FZO i Monstata, ukupno ostvareni rashodi iz naslova OZO činili su 5,17% BDP.

Raspodjela sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno distribucija nadoknada zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvenih usluga i za druge troškove je u nadležnosti FZO. Najznačajniji izdaci FZO su izdaci za zdravstvenu zaštitu i predstavljaju 87,5% svih rashoda. Od toga za primarnu zaštitu potrošeni su 41,3% svih izdataka za zdravstvenu zaštitu, za sekundarnu zaštitu potroši se 39%, a 19% za ostale izdatke, to su druga prava iz zdravstvene zaštite i tercijarni nivo. Ukupni izdaci za lijekove i medicinski potrošni materijal su 41 miliona € ili 23% ukupnih izdataka FZO. Od 2002. godine dalje se vidi trend smanjenja troškova lijekova izdatih na recept. Ostala prava iz OZO osim izdataka za zdravstvenu zaštitu iznose 4,2% svih rashoda i odnose se na naknade za bolovanje preko 60 dana i putne troškove. Ostali izdaci i sredstva za rad FZO iznose 8,23% ukupnih rashoda za OZO.

Plaćanje zdravstvenih usluga utvrđuje se ugovorom sa davaocima zdravstvenih usluga, odnosno otkupom plana rada zdravstvene ustanove u okviru sredstava planiranih predračunom sredstava FZO. Plan rada sadrži broj i vrstu zdravstvenih usluga i broj i strukturu zaposlenih. Za izvršenje plana rada davalac zdravstvenih usluga dostavlja izvještaje (fakture) o izvršenim zdravstvenim uslugama u skladu sa aktom FZO kojim je uređeno fakturisanje zdravstvenih usluga.

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

---

<sup>18</sup> Izvor: Finalni izvještaj o nacionalnim zdravstvenim računima u CG 2004-2006

## **5. Prioritetna razvojna područja i ciljevi**

Prioritetna razvojna područja i ciljevi MP su:

### **5.1. Unaprjeđenje i obezbjeđivanje zdravlja**

Zadatak države i njenih organa jeste, da promoviše politike za stvaranje uslova za bolje zdravlje, daje prioritete programima zdravstvenih usluga sa orijentacijom na jačanju zdravlja, promocije i preventive, rano otkrivanje hroničnih bolesti i najugroženijeg stanovništva i optimalno funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite, koji će građane uputiti na svjesnost zdravstvenih posljedica sopstvenih odluka i njihove odgovornosti za zdravlje.

U praćenju globalnog cilja unaprjeđenja zdravlja, postavljeni su sledeći ciljevi:

- veći prioritet zdravstvenom vaspitanju;
- identifikovanje i savlađivanje faktora rizika za zdravlje iz okoline;
- smanjenje obolijevanja i mortaliteta od kardio-vaskularnih bolesti;
- unapređenje mentalnog zdravlja;
- smanjenje bolesti zavisnosti (duvan, alkohol, droge);
- savlađivanje prijetnji zdravlju (zarazne bolesti, hemijska zaštita, zaštita od zračenja );
- spremnost na krizne prilike zbog masovnih nesreća, odnosno zaraznih bolesti većih dimenzija;
- rana detekcija raka i drugih hroničnih nezaraznih bolesti;
- poboljšanje oralnog zdravlja;
- sprječavanje štetnih radnih okruženja, profesionalnih bolesti i povreda na radu;
- smanjenje povreda i smrti u saobraćaju.

### **5.2. Zdravstvena djelatnost**

Na području zdravstvene djelatnosti potreban je održiv i stabilan razvoj zdravstvenog sistema, harmonizovan sa trendovima razvoja evropskog zdravstva, usmjeren na uravnoteženo povećanje efikasnosti i kvaliteta, razvoj kapaciteta i resursa (finansijskih, ljudskih, materijalnih) za optimalnu i jednaku dostupnost do zdravstvene



zaštite. Osnovna pretpostavka obezbjeđivanja kvalitetne i efikasne zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou je integracija i povezivanje u funkcionalnu cjelinu sa jasno podijeljenim odgovornostima i zadacima. Uloga i odgovornost osnivača i menadžmenta javnih izvođača mora se usmjeriti prema sprovođenju poslovanja u okvirima raspoloživih sredstava i stručnih smjernica.

Ciljevi i zadaci:

- modernizacija javne mreže zdravstvenih ustanova (primarni, sekundarni i tercijarni nivo, hitna medicinska pomoć, apotekarska djelatnost, stomatologija, fizikalna medicina i rehabilitacija, laboratorijska medicina, neakutna bolnička obrada, palijativno staranje i dugotrajno staranje) kao centralnih nosilaca i izvođača zdravstvenih usluga;
- integracija javnog i privatnog sektora;
- efikasno izvođenje zdravstvenih usluga;
- obezbjeđivanje bezbjedne i kvalitetne zdravstvene zaštite i nadzora;
- kraće liste čekanja;
- nova organizacija, struktura, pozicija, rad i nadležnost zdravstvenih ustanova na nivoima zdravstvene zaštite (uz istaknutu poziciju primarnog nivoa potrebna je dalja reforma zdravstvenog sistema);
- povećanje racionalnosti i iskorišćenosti postojećih zdravstvenih kapaciteta (kadrovi, prostorije, oprema);
- specijalizacija djelatnosti kod izvođača zdravstvenih usluga;
- primjena savremenih zdravstvenih tehnologija u saglasnosti sa međunarodnim principima;
- povećanje uloge kadra za njegu (medicinske sestre, babice, fizioterapeuti) kod preuzimanja novih samostalnih zadataka kod obrade bolesnika (hroničnih, zdravih trudnica);
- povećanje efikasnosti medicinske rehabilitacije, razvoj neakutnog, palijativnog, dugotrajnog i patronažnog staranja;
- efikasnije izvođenje integralne obrade bolesnika sa hroničnim i nezaraznim bolestima;
- kreacija okruženja menadžmentu za efikasno i odgovorno rukovođenje i kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika, naročito srednjeg menadžmenta;
- podizanje motivacije zaposlenih u zdravstvu, nagrađivanje kvalitetnijeg rada i povećanje odgovornosti svakog pojedinca;
- pozicioniranje komora i stručnih tijela u sistem zdravstvene zaštite uz nadzor efikasnosti njihovog rada;
- nadzor i kontrola hrane, vode, vazduha, zemljišta, zaraznih bolesti, najvažnijih masovnih nezaraznih bolesti u sistemu javnog zdravlja.

### **5.3. Finansijski sistem zdravstvene zaštite**

Finansijska održivost mora postati okvir strategije za dugotrajnu stabilnost sistema. Uz preuzimanje i implemantaciju Strategije razvoja zdravstvenog sistema EU i praćenje uslova za postepeno prihvatanje i uvođenje zahtjeva iz Maastrichtskog ugovora, koji se odnose na sistem zdravstvene zaštite, vrlo promišljeno treba stvarati uslove za uvođenje mješovitog javno - privatnog sistema zdravstvene zaštite.

Ciljevi:

- dugoročna finansijska održivost sistema,
- održavanje javnih izdataka na nivou EU,
- povećanje efikasnosti korišćenja finansijskih izvora,
- proučavanje javno – privatnog partnerstva.

### **5.4. Lijekovi i medicinska sredstva**

Ciljevi:

- regulacija cijena lijekova;
- zadržati kvalitetan izbor lijekova, koji su bezbjedni i efikasni;
- veći nadzor na području lijekova i medicinskih sredstava;
- povećanje konkurencije;
- veće saznanje javnosti o bezbjenom korišćenju lijekova.

### **5.5. Investicije i standardizacija**

Plan investicija mora biti usaglašen sa potrebama stanovnika, nacionalnim prioritetima zdravstvene zaštite, u skladu sa kriterijumima za uključivanje u mrežu zdravstvenih ustanova i saglasnošću Ministarstva zdravlja. Pojedinačne potrebe zdravstvenih ustanova sa dovoljno iskorišćenim kapacitetima, moraju biti opravdane analizama, međunarodnim standardima i dokazima o opravdanosti investicionih ulaganja.

Ciljevi:

- standardizovani postupci i sistem upravljanja investicijama;
- postavljanje struktura za vođenje i upravljanje investicijama;
- priprema univerzalnih smjernica za prostor i opremu;
- povećanje efikasnosti korišćenja međunarodnih sredstava.

## **5.6. Informaciona tehnologija (IT), telemedicina**

Zdravstveno informacijski sistem zdravstvenih ustanova i zdravstvenog osiguranja mora odražavati (reflektovati) potrebe zdravstvenog sistema za efikasnijom regulacijom, planiranjem, nadzorom.

Ciljevi:

- upotreba informacione tehnologije kao osnove za integralnu obradu bolesnika;
- postepena informatizacija zdravstvenog sistema od uputa do konačnog nalaza;
- razvoj telemedicine.

## **5.7. Civilna udruženja**

Država mora podsticati demokratski razvoj zdravstva sa uključivanjem građana i njihovih predstavnika u odlučivanju o strateškim problemima zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osiguranja, stalnog poštovanja prava pacijenata u čitavom zdravstvenom sistemu. MZ uključuje civilni sektor u sve oblasti rada kroz rad stručnih nacionalnih komisija (HIV, kontrola pušenja, bezbjedna krv, zarazne bolesti, mentalno zdravlje, reproduktivno zdravlje...), koje se bave izradom strateških dokumenata i koje obezbjeđuju stručne smjernice i preporuke za razvoj tih oblasti, u saglasnosti sa preporukama EC, SZO, SE, PS, MAAE, UNICEF, UNAIDS i drugih stranih agencija i partnera.

Ciljevi:

- uključivanje civilnog društva u postupke pripreme zakonskih propisa sa područja zdravstva;
- učešće kod donošenja ključnih odluka sa područja zdravstva;
- saradnja sa pacijentima i njihovim organizacijama.

## **5.8. Komunikacija sa javnošću**

Ciljevi (na osnovu Komunikacione strategije):

- uspostavljanje dvosmjerne komunikacije sa javnošću;
- osavremenjivanje komunikacionog plana za elementarne nepogode i vanredne situacije.

## 6. Unaprijeđenje i obezbjeđivanje zdravlja

### 6.1. Uvod

Pitanje snažne uloge javnog zdravlja je u skladu sa savremenim kretanjima u Evropi. Promocija zdravlja, prevencija i njega, su djelotvorni mehanizmi i stoga predstavljaju predušlov za brži društveno-ekonomski razvoj. Preventivna zdravstvena zaštita mora biti strateški prioritet, zajednički cilj i najveća vrijednost Crne Gore. Uz jačanje oblasti javnog zdravlja poboljšaće se zdravlje stanovništva, a time i kvalitet života.

Reforma predviđa izradu „zdravih“ javnih politika, jačanje uloge lokalnih zajednica i NVO-a u očuvanju i jačanju zdravlja, kao i poboljšanje uslova za odgovarajuću edukaciju i obuku osoblja u oblasti javnog zdravlja. Kvalitetno javno zdravlje usmjereno je na efikasnije smanjenje zdravstvenog, socijalnog i ekonomskog opterećenja, koje izaziva preranu smrtnost i morbiditet. Potrebno je poboljšati informisanost i znanje u oblasti javnog zdravlja, obezbjediti brze reakcije zdravstvenih ustanova na opasnosti po zdravlje i promovisanje zdravlja, kao i sprječavanje bolesti djelovanjem na osnovu politike i socijalnih djelatnosti. Aktivnosti su usmjerene na cijelo stanovništvo, nadležnost za realizaciju aktivnosti leži na Vladi, odnosno Ministarstvu, a Institut za javno zdravlje je ustanova koja promoviše zdravlje.

**Uloga poslodavca je izuzetno važna u obezbjeđivanju sigurnosti na radnom mjestu i sprečavanju profesionalnih oboljenja i povreda na radu.**

Za bolje zdravlje populacije, važne su i mjere van sistema zdravstvene zaštite, kao što su obrazovanje, bezbjednost u saobraćaju, ekologija, socijalna politika, poreska politika, način života i navike. Zdravstvena zaštita ima i svoju ekonomsku dimenziju, pa je, shodno tome, njen rast ograničen razvojem drugih sektora.

Programe za ostale sektore, koji će biti uključeni u promociju zdravstvene zaštite, kao što je obrazovanje, treba pažljivo planirati.

- **Na polju obrazovanja** ne treba imati na umu samo obrazovne programe za osnovne i srednje škole, već i obrazovanje odraslih, edukaciju na radnom mjestu, kao i edukaciju u okviru različitih udruženja pacijenata (kao što su klubovi pacijenata, koji boluju od koronarnih bolesti, udruženja za borbu protiv raka, udruženja za odvikavanje od pušenja), kao i sprovođenje programa za promociju zdravlja u centrima za podršku, na primarnom nivou zdravstvene zaštite, koji mogu da imaju značajne efekte.
- **Oblast socijalne politike** je oblast, na koju treba usmjeriti najveće napore. S obzirom na to, da je dugoročna zaštita veoma složeno pitanje, kao što su to i zdravstvena zaštita i socijalno staranje, treba da se uradi Strategija za razvoj odgovarajućih oblika pružanja njege. Populacija u Crnoj Gori je još uvijek

mlada, ali sa godinama postaje starija, pa je neophodno razviti adekvatne kapacitete, jer bi u suprotnom sistem zdravstva bio opterećen dugoročnom njegovom.

- **Poreska politika** može nižim stopama poreza i drugim olakšicama stimulisati korišćenja proizvoda koji podstiču unaprjeđenje zdravlja, i utiče na smanjenje potrošnje proizvoda, koji su opasni za zdravlje.
- **Saobraćajna bezbjednost** je oblast u kojoj će se Ministarstvo zdravlja založiti za dosledniju kontrolu i sankcionisanje nepoštovanja propisa u saobraćaju, u cilju smanjivanja povredjivanja i troškova zdravstvenog osiguranja i doprinjeti poboljšanju zdravlja. Insistirace se na striktnom poštovanju propisa u oblasti saobraćaja, što može smanjiti broj incidenata i troškove liječenja. Takodje će insistirati na regresionom postupku za troškova liječenja.
- **Ekologija** je oblast u kojoj će se nastaviti sa multisektorskim pristupom u očuvanju okoline od zagađivanja. Ovdje se posebno ističe značaj bezbjednog deponovanje otpadnih materija, odlaganje medicinskog otpada i drugih izvora zagađenja prirodne okoline
- **Životne navike i stil** je veoma važna oblast u kojoj je neohodno putem raznih programa prevencije zdravlja uticati na podizanje svijesti stanovništva o odgovornosti za sopstveno zdravlje i zdravlje drugih, i promovisati zdrave stilove života.

## **6.2. Prioriteti i usmjerenja za postizanje boljeg zdravlja**

**Prioritet 1. Građanin sa svojim potrebama u središtu sistema zdravstva, sa implementacijom procesa zdravstvene zaštite, treba da postane fokus svih planova i reformi.**

**Prioritet 2. Otvoriti postdiplomske studije u domenu javnog zdravlja.**

MZ treba da učestvuje u sprovođenju svih programa, koji imaju direktan uticaj na zdravlje stanovništva. U cilju zadovoljavanja razvojnih potreba u oblasti javnog zdravlja, potrebno je otvaranje postdiplomskih studija u domenu javnog zdravlja, čime će se omogućiti novo znanje i napredovanje u oblasti zdravstva.

**Prioritet 3. Nacionalni program preventivnih zdravstvenih mjera u svim zdravstvenim ustanovama.**

Sve aktivnosti programa jačanja zdravlja koje se odnose u najvećem dijelu na mijenjanje životnih navika stanovništva koordiniraće Institut za javno zdravlje, a u realizaciju programa uključice se savjetovališta domova zdravlja, NVO, humanitarna i druga udruženja pacijenata, invalida, kao i građana lokalne zajednice. FZO finansira preventivne programe po ugovorima, a započeti proces će se proširiti da se do kraja sredneročnog perioda postigne odaziv stanovništva od 85%.

**Prioritet 4. Jačanje uloge Instituta za javno zdravlje.**

Institut za javno zdravlje treba da razvije doktrinu javnog zdravlja u skladu sa evropskim smjernicama i uporediv sistem praćenja zdravlja, analiziranja i predstavljanja podataka, kao i da formira stručna tijela za izradu i sprovođenje politika u oblasti javnog zdravlja. Institut za javno zdravlje će organizovati edukaciju kadra za sprovođenje navedenih aktivnosti.

**Prioritet 5. Razvoj i proširenje zdravstvenog obrazovanja i vaspitanja u**

**domovima zdravlja**, koji će podržati preventivne programe i napore za povećanje odgovornosti građana za zdravlje. Sadržaj ovih aktivnosti biće prenošenje znanja o faktorima rizika, izbjegavanju rizika za obolijevanje, ponašanju u pojedinim situacijama kod pojedinih bolesti i kod posebno ugroženih grupa. Zdravstveno obrazovanje u domovima zdravlja biće usmjereno na trudnice, predškolsku i školsku djecu, omladinu i druge osjetljive (vulnerabilne) grupe, a obavljat će se u sklopu timova izabranih pedijatara, ginekologa i doktora za odrasle u jedinicama domova zdravlja, na način, da svaki tim izabranih doktora i medicinskih sestara pruža preventivne mjere po sadržaju i obimu. U realizaciju aktivnosti uključuju se i izabrani stomatolozi.

Institut za javno zdravlje će pripremati jedinstvene sadržaje i usmjerenja za sprovođenje programa i potreban materijal za sprovođenje posebnih zdravstvenih kampanja i organizovati edukaciju potrebnog kadra. Izmjene u nastavnom planu i programu u medicinskim školama i školama za medicinske sestre su, takođe, neophodne, kako bi se dobili potpuno kompetentni stručnjaci zdravstvene zaštite, jer danas nijesu dovoljne samo tehničke kompetencije za pružanje visokokvalitetne i bezbjedne zdravstvene zaštite. Obuka postojećih zdravstvenih stručnjaka u oblasti kvaliteta i zaštite je preduslov za sprovođenje načela kvaliteta i zaštite u svakodnevnom radu.

**Prioritet 6. Poboljšanje staranja o ženama i smanjenje smrtnosti novorođenčadi.** U tom cilju se mora postići potpuna obuhvatnost sa mjerama prevencije, posebno trudnica i odojčadi. Nosilac obaveza biće izabrani ginekolog na primarnom, a između ginekologa na primarnom i sekundarnom nivou uspostaviće se saradnja i komunikacija u razmjeni informacija, iskustava i znanja. Ginekološka klinika Kliničkog centra će pripremiti doktrinarnu stavove za poboljšanje zdravstvenog stanja trudnica, bolje praćenje trudnoće, uslova njihovog života i kao posljedicu smanjenje perinatalne smrtnosti novorođene djece. Cilj ovih mjera je, da se smanji perinatalna smrtnost novorođenčadi u narednih 5 godina za najmanje 50 %. Na osnovu Strategije reproduktivnog zdravlja utvrdiće se nacionalni kapaciteti u bolnicama i usaglasiti ukupni bolnički kapaciteti za porođaje prema »Baby friendly« standardima i standardima stručnog rada.

**Prioritet 7. Mjere za zdravstvenu zaštitu male djece i djece sa smetnjama u razvoju,** u saglasnosti sa usvojenim nacionalnim planom akcije za djecu - NPA i mjerama utvrđenim kao obavezni obim i standard zaštite za ovu populaciju u svim opštinama, na osnovu jedinstvenih principa. Razvojem centara za djecu sa posebnim potrebama, organizovanih na regionalnom principu, obezbijediće se bolji tretman djece i unaprijediti zdravstvena zaštita, kao dio ukupnog sistema zaštite ove osjetljive grupe.

**Prioritet 8. Mjere za savlađivanje najmasovnijih i najtežih hroničnih bolesti** i to bolesti: krvnih sudova i srca, raka i šećerne bolesti. Za savlađivanja bolesti srca i krvnih sudova **prioritet će predstavljati preventivni programi** u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sa programima za jačanje zdravlja i ranim otkrivanjem faktora rizika : povećani krvni pritisak, holesterol i dijabetes. **Prevenција raka** će početi sa ranim otkrivanjem stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i nastaviti sa liječenjem na sekundarnom i tercijarnom nivou. Mogućnosti prevencije će se postići ranim otkrivanjem početnih faza bolesti i njihovim blagovremenim liječenjem, posebno raka dojke, grlića materice, debelog crijeva, većom stručnom osposobljenošću

zdravstvenih ustanova, radnika i poboljšanjem dostupnosti dijagnostičkih (mamograf, kolposkopija, kolonoskopija) i terapijskih sredstava za sve građane. Ostale hronične bolesti će se voditi na osnovu detaljnih programa skrininga za njihovo rano otkrivanje i tretiranje, sa kojima će zdravstvena služba što ranije otkrivati faktore rizika i bolesnike liječiti na najefikasniji mogući način. Za uvođenje ovih programa biće zadužen Institut za javno zdravlje, a za izradu jedinstvenih doktrinarnih stavova za rano otkrivanje i liječenje hroničnih bolesti, po principima stepenaste dijagnostike i terapije, stručni konzilijumi u okviru Kliničkog centra.

**Prioritet 9. Posebnu važnost imaju programi za zdravstvenu zaštitu starijih osoba,** u prvom redu, liječenje hroničnih bolesti, tako da se posebna pažnja i prioritet daju kućnom liječenju tih osoba. Ministarstvo zdravlja će predložiti Vladi Strategiju zaštite starih lica i programe za njihovu njegu i zbrinjavanje, koja će uključivati obezbjeđenje institucionalne i vaninstitucionalne zaštite. Ovi programi će se finansirati iz više izvora: Fonda za zdravstveno osiguranje, za zdravstvenu zaštitu, iz Budžeta, za socijalnu zaštitu (za usluge socijalnog servisa i socijalne pomoći) i ličnih sredstava osiguranika i njihovih porodica. Predložiće se formiranje posebnih domova za starija lica, u koje će biti smješteni osiguranici, kojima neće biti moguće obezbjeđiti dugotrajnu njegu kod kuće.

**Prioritet 10. Mjere za jačanje i očuvanje mentalnog zdravlja i sprječavanje bolesti zavisnosti.** Sprovodiće se aktivnosti, utvrđene Strategijom unaprijeđenja mentalnog zdravlja, a na osnovu principa mentalnog zdravlja u zajednici, zaživjeće u punom kapacitetu sedam centara za mentalno zdravlje u domovima zdravlja.

**Prioritet 11. Poboljšanje uslova rada i zaštiti zdravlja zaposlenih.**

Sa mjerama racionalizacije u narednih 5 godina poboljšaće se uslovi rada i poslovanja. Očekivati je realno povećanje plata zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, optimizaciju zaposlenih u vidu odnosa medicinskih i nemedicinskih radnika i poboljšanje uslova rada.

Poboljšaće se uslovi rada i zaštita zdravlja zaposlenih, posebno u granama medicine sa visokim profesionalnim rizikom (radiolozi, radioterapeuti, anesteziolozi, infektolozi, osoblje intenzivnih terapija...), na nivo evropskih standarda po broju radnih časova, dežurstava, zaštite od jonizirajućih zračenja, infektivnih materijala, higijenskih uslova i visokorizičnih radnih prostorija (operacioni blok i intenzivna terapija).

**Poboljšanje uslova rada i zaštiti zdravlja zaposlenih** sprovodiće se saglasno Strategiji unaprijeđenja zdravlja zaposlenih i zaštite na radu (2010-2014.g.), kojom je predviđeno formiranje javne ustanove za zaštitu zdravlja zaposlenih.

## **7. Glavna reformska usmjerenja razvoja zdravstvene djelatnosti**

### **7.1 Zdravstvena djelatnost**

#### **5.1. Uvod**

Crna Gora nastoji, da sa ograničenim ekonomskim i ljudskim resursima projektuje zdravstveni sistem, koji će biti efikasan i u funkciji zaštite zdravlja stanovništva. Zbog toga se pitanje kvaliteta zdravstvene zaštite nameće kao imperativ u reformi zdravstvenog sistema. Mjere i aktivnosti zdravstvene zaštite moraju biti zasnovane na naučnim dokazima, odnosno moraju biti bezbjedne, sigurne, efikasne i u skladu sa načelima profesionalne etike. Reforma zdravstva, pored potreba stanovništva, treba da obezbijedi kvalitetan, pristupačan i ekonomski održiv zdravstveni sistem.

U Crnoj Gori je sprovedena reforma primarnog nivoa zdravstvene zaštite sa novim načinom organizovanja primarne zdravstvene zaštite i modelom izabranog doktora u funkciji „čuvara kapije“. Izmijenjena je uloga domova zdravlja, koji su postali centri za podršku radu izabranog doktora. Model izabranog doktora je zaživio na teritoriji čitave Crne Gore, a obuhvat registracije osiguranika kod izabranog doktora iznosi 83% prema poslednjim dostupnim podacima. U domovima zdravlja su formirani regionalni centri za mentalno zdravlje, djecu sa posebnim potrebama, reproduktivno zdravlje i TB. Kapaciteti osoblja nesu povećani, a standardi osoblja i rada su povoljniji u opštinama sa malom gustinom naseljenosti.

Organizacijom primarne zdravstvene zaštite, a samim tim i donošenjem statuta domova zdravlja i akata o sistematizaciji radnih mjesta domova zdravlja, u određenim domovima zdravlja su zadržani stacionari, pojedine specijalističke ambulante i dijaliza, u cilju bolje dostupnosti zdravstvene zaštite osiguranicima. Izabrani doktori su prošli obuku (kurs doedukacije) u cilju unaprjeđenja znanja i vještina za obavljanje posla izabranog doktora.

Zadaci domova zdravlja su definisani u zavisnosti od područja koje obuhvataju, veličine grupe stanovništva, načela racionalnosti i iskorišćenosti kapaciteta. Osnovani regionalni centri pružaju usluge stanovništvu iz dvije ili više opština. Planirano je da se dijaliza, bolnički kreveti i određene specijalističke službe izmjesto iz domova zdravlja i pridruže sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

U MP (2005.-2010.g.) bolnički kapaciteti su predstavljeni kroz pristup gravitacije i bolničkih kreveta, koji su predstavljali osnovu za normative. Predloženi normativi (broj kreveta u Crnoj Gori 3,4 na 1000 stanovnika, po planiranom krevetu je 0,14 doktora, 0,5 medicinskih sestara, 0,3 ostalih zdravstvenih radnika i 0,2 nemedicinska radnika) su prevaziđeni. Korišćenje inputa za postavljanje organizacije opštih bolnica putem specijalizacija, određivanje bolničkih kreveta po odjeljenjima u skladu sa normativima, godišnji planovi rada u vezi sa brojem kreveta i osoblja, opremom,



neracionalni su i nijesu u skladu sa kretanjima reformi bolničkih sistema.

Uvođenje rigidnih normativa i standarda za kapacitete i osoblje ne može podržati ove procese. Zato moraju planovi započeti sa analizama stvarnih potreba stanovništva, da bi se mogla organizovati efikasna zdravstvena zaštita, implemetirati finansijski mehanizmi i stimulansi, da bi davaoci usluga uveli promjene.

Postojeće domaće i međunarodne analize istakle su veoma nisku stopu hospitalizacije, manji broj bolničkih kreveta i nisku stopu iskorišćenosti kreveta u poredjenju sa istim na nivou EU. Zbog niske stope iskorišćenosti kapaciteta je nužna racionalizacija organizacije, funkcionisanja i finansiranja bolnica, kako bi iste postigle bolju efikasnost, koja za rezultat nema preveliki broj zaposlenih. Preduslov te promjene je krenuti na put od sadašnjeg unosa preko buduće produkcije i konačne performancije u zdravstvenom sistemu, od kreveta preko bolesnika do kvalitetno izliječenog pacijenta.

## **7.2. Usmjerenja**

Za razvoj zdravstvene djelatnosti od posebne važnosti je kontinuirano praćenje demografskih promjena i epidemiološke situacije u zemlji. Evidentan je porast oboljenja od hroničnih nezaraznih bolesti, posebno od malignih i kardiovaskularnih bolesti. Obje grupe zajedno danas obuhvataju skoro tri četvrtine (71,55 %) svih uzroka smrti i skoro četvrtinu (23,56 %) svih bolničkih liječenja. Staranje stanovništva i porast hroničnih nezaraznih bolesti, će dovesti do povećanja potreba za zdravstvenim uslugama, čak i za nepromijenjene stope pojave novih bolesti. Cjelokupno, integrisano i kvalitetno liječenje biće potrebno za pacijente sa hroničnim bolestima, kao i drugih ranljivih grupa stanovništva.

Poseban naglasak u tretmanima tih uslova mora biti na razvoju neakutnog liječenja, koji je namenjen preliminarnim ispitivanjima bolesnika i povećava sposobnost samokontrole i sprečava ili smanjuje potrebu za dugoročnim staranjem.

Pažnja će biti posvećena razvoju palijativnog zbrinjavanja, koje je u Crnoj Gori slabo razvijeno, zbog toga će biti potreban sveobuhvatni program za njegov razvoj. U daljem razvoju zdravstvene aktivnosti primjenjivaće se politika uravnoteženosti ekonomije razmjera i kvaliteta. Takođe će se voditi računa o lokalnim interesima, naročito onima, koji proizilaze iz razlike između regija i odraz su razlike u zdravstvenim potrebama i razvoju zdravstvene službe. Bitno je, da se razviju oblasti profesionalnog razvoja i standardizacija zdravstvenih usluga, koje uključuju akreditaciju zdravstvenih ustanova. U budućnosti ne bi trebalo da dođe do razlike u kvalitetu i fizičkoj dostupnosti zdravstvenih usluga zbog različitih privrednih mogućnosti pojedinih geografskih područja. Za uravnoteženi razvoj odgovorno je Ministarstvo zdravlja, koje će to zasnovati na analizi socioekonomskih podataka i djelovati u smislu ekvivalentnosti.

Na osnovu novih klasifikacija bolesti u specijalsitičko-ambulantnoj djelatnosti, akutnom i neakutnom odjeljenju, paralelno sa uvodjenjem informacionog sistema i obučavanjem stručnjaka svih područja (liječari, medicinske sestre, informatičari, ekonomisti) postepeno će se primijeniti naplaćivanje prema složenosti bolesti. Za akutnu obradu primjeniće se jedan od postojećih razvijenih sistema (DRG, case-mix), proučiti izbor za specijalističku ambulantnu obradu i zadrži BOD na neakutnim

odjeljenjima. Kod implementacije modela vrlo je značajna dobra strategija sa analizom postojećeg stanja i vizijom ciljeva.

Osnovni preduslov za uvođenje naplaćivanja prema složenosti bolesti je definisanje obima usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, odnosno osnovnog paketa usluga. Definisanje osnovnog paketa, predstavlja i pretpostavku uvođenja novih modela finansiranja.

Na nivou sekundarne zdravstvene zaštite potrebno je sljediti međunarodne smjernice sa jačanjem specijalističko-ambulance djelatnosti, akutne i neakutne bolničke obrade, prenosom djelatnosti u dnevne bolnice, transparentnijim sistemima klasifikacije bolesnika kao osnove za sisteme finansiranja, koji na kraju moraju biti vezani za sistem podsticanja kvaliteta i bezbjednosti.

Prioritet će biti ambulantne usluge i dnevne bolnice sa rekonstrukcijom kapaciteta. Broj osoblja na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite planiraće se prema potrebama stanovništva, koje će se definisati preko nacionalnih prioriteta, broju bolesnika i obuhvaćenih gravitacionih područja. Na osnovu indikatora će se pratiti i upoređivati produktivnost, efikasnost i kvalitet njihovog rada: iskorišćenost krevetnih kapaciteta, ALOS, broj bolničkih pacijenata po doktoru, broj bolničkih dana po doktoru, broju timova u bolničkoj i vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Opšte bolnice imaju 4 specijalizacije (interna medicina, hirurgija, pedijatrija i ginekologija sa akušerstvom) na odjeljenjima ili djelatnostima<sup>19</sup>. Projektno će se ispitati mogućnost spajanja bolnica, neophodno će biti utvrditi opremu za bolnice na osnovu potreba, a nabaviti je u skladu sa EBM i HTA.

Specijalistička ambulantna zdravstvena zaštita biće prioritet i organizovaće se u opštim i specijalizovanim bolnicama. Dnevne bolnice uz prateću dijagnostiku, još bolja saradnja sa primarnim nivoom i savremenijim sistemom upućivanja, zbog čega će otpasti broj nepotrebnih ambulantnih pregleda i hospitalizacija.

Umjesto ulaganja u investicije i infrastrukturu, preusmjeriće se prioritetno ulaganje u znanje, kapacitete i složeniju tehnologiju. Planovi rada pripremiće se na osnovu broja procedura i dijagnoza, odrediti cijenu unaprijed, kako bi se davaocima usluga dalo više sigurnosti i omogućilo lakše planiranje. Jedan od preduslova je razvoj informacionog sistema.

Tercijarna djelatnost je od značajnog nacionalnog interesa za najsloženije procedure, naučni i istraživački rad, pa je imajući to u vidu neophodno vršiti periodično provjeravanje statusa tercijarnosti (svakih 5 godina). Na tercijarnom nivou u Crnoj Gori postoje KC i Institut za javno zdravlje. KC pruža i usluge na sekundarnom nivou, nadležan za standardizovanu medicinsku doktrinu prevencije, ranog otkrivanja, liječenja i rehabilitacije određenih bolesti, povreda i stanja. Tercijarni nivo funkcionise na istim principima kao sekundarni nivo, koji ne obuhvata edukaciju, istraživanja i razvoj. Neophodno je precizno razdvojiti usluge koje pruža tercijarni nivo, odnosno

---

<sup>19</sup> U Crnoj Gori 6 opštih bolnica ima infektivna odjeljenja i specijaliste za infektivne bolesti. Za vrijeme turističke sezone povećava se populacija, kojoj su potrebne zdravstvene usluge. Zbog klimatskih uslova i geografskog položaja zemlje češće su epidemije zaraznih bolesti.

precizno razgraničiti usluge sekundarnog i tercijarnog nivoa.

U vidu EU perspektive, organizacijom tercijarne zdravstvene zaštite treba da se uzmu u obzir i mogućnosti uže saradnje, stvaranja uslova za umrežavanje, razmjenu iskustava i najboljih praksi, ugovor o zajedničkim smjernicama i poboljšanje pristupa visokospecijalizovanim uslugama i stručnom znanju u okviru evropskih referentnih mreža.

Klinički centar Crne Gore obezbjeđuje tercijarni nivo zdravstvene djelatnosti za cijelu Crnu Goru i sekundarni nivo zdravstvene djelatnosti za Podgoricu, Danilovgrad i Kolašin. Globalni cilj Kliničkog centra je objediniti zdravstvenu, obrazovnu i naučno-istraživačku djelatnost. Cilj KC je poboljšati ukupno zadovoljstvo korisnika, ostvarenje kredibiliteta KC i pridobiti povjerenje korisnika usluga-pacijenata. Da bi se postiglo veće zadovoljstvo pacijenata, KC mora promijeniti unutrašnju organizaciju u smislu većeg kvaliteta usluga radom sa najsavremenijom medicinskom opremom i u najboljim radnim uslovima. Potrebno je osavremeniti i upotpuniti sve dosadašnje programe, uvesti sistem za monitoring i evaluaciju učinka zaposlenih, uvesti standarde operativnih procedura, kliničke vodiče i smjernice i sprovesti akreditaciju KC.

KC kao nosilac kliničkih programa edukacije treba da bude u funkcionalnoj komunikaciji sa Medicinskim fakultetom u pripremi i sprovođenju praktičnog i teorijskog dodiplomskog i postdiplomskog obrazovanja medicinskih profesionalaca. Za svoje zaposlene treba da poboljša programe medicinske edukacije, da sprovede ciljne edukacije, koje će obezbijediti uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih programa, da sprovede potpuno licenciranje zdravstvenog osoblja i osnuje nacionalni centar za edukaciju i trening za cerebro-kardio-pulmonalnu reanimaciju. KC ima za cilj i uvođenje integralnog informacionog sistema, koji će objediniti medicinski i poslovni sistem.

U budućnosti, hospitalizacija više neće biti osnovna djelatnost bolnica, kod čega su sve druge funkcije podređene njoj. Umjesto toga, osnovna djelatnost bolnica će biti pružanje zdravstvene zaštite svim pacijentima, koji se nalaze u njihovoj blizini. Zdravstvena zaštita će se pružati na najefikasniji način i usmjeravaće je primarna zdravstvena zaštita, u kojoj će hospitalizacija, najskuplji vid zdravstvene zaštite, biti ograničena na slučajeve, kada se postavljanje dijagnoze i liječenje ne može izvršiti na neki drugi način. Zato će se obim liječenja, koje obuhvata hospitalizaciju, smanjiti, broj kreveta i manjih odjeljenja za liječenje akutnih slučajeva u bolnicama će se smanjiti.

### **7.3. Mreža zdravstvenih ustanova**

Mreža je prostorna i vremenska raspodjela kapaciteta javnih zdravstvenih institucija i koncesionara, uključujući ljudske, materijalne, prostorne i druge resurse u cilju obezbjeđivanja optimalne dostupnosti zdravstvenih usluga cjelokupnom stanovništvu i zbrinjavanje na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Mreža obuhvata primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite i treba da omogući geografsku dostupnost zdravstvenih usluga.

Zdravstvene ustanove, koje se osnivaju sredstvima u državnoj svojini, treba osnivati na osnovu:

- plana razvoja;
- zdravstvenog stanja stanovništva;
- broja i starosne strukture stanovništva;
- postojećeg broja, kapaciteta i rasporeda zdravstvenih ustanova;
- stepena urbanizacije, razvijenosti i saobraćajne povezanosti pojedinih područja;
- jednake dostupnosti zdravstvene zaštite;
- potrebnog obima određenog nivoa zdravstvene djelatnosti;
- ekonomskih mogućnosti države.

### **7.3.1. Sekundarni nivo**

#### **7.3.1.1. Bolnička i ambulanto- specijalistička obrada**

U Crnoj Gori zdravstveni kapaciteti na sekundarnom i tercijarnom nivou fizički nijesu podijeljeni. Sekundarna djelatnost obuhvata akutnu bolničku obradu i specijalističko – ambulatnu djelatnost. Po međunarodnim upoređenjima fond kreveta nije velik, ali nije usaglašen sa demografsko-epidemiološkim trendovima i promijenjenim potrebama stanovnika.

Za postojeću mrežu na sekundarnom nivou je potrebna reforma i reorganizacija, kako bi se postigla najveća efikasnost, bezbjednost i kvalitet sekundarne ZZ. Potrebno je uspostaviti dnevnu bolnicu, neakutna odjeljenja, palijativnu i dugotrajnu njegu.

**Specijalističko - ambulatna obrada.** Upućivanje sa primarnog na sekundarni nivo zdravstvene zaštite zavisi od važećih smjernica obrade pacijenta na primarnom nivou, težine bolesti pacijenta, mreže ili razpoloživih resursa (kadrovskih, finansijskih i materijalnih).

**Trendovi intenzivne, integralne, bezbjedne, kvalitetne i efikasne obrade pacijenta, usmjereni su prioritetnom razvoju ambulatno specijalističke djelatnosti.**

U narednom periodu doći će do prioritenog preraspoređivanja ljekara i medicinskih radnika u specijalističku djelatnost. Ukoliko potrebe stanovnika u sistemu javne zdravstvene mreže budu nedovoljno pokrivena i vrijeme čekanja duže od stručno prihvatljivog, pristupiće se uključivanju privatnih ljekara u mrežu zdravstvenih ustanova preko koncesije.

**Uslovi za razvoj ambulatno specijalističke djelatnosti su:**

- transparentna pravila raspodjele rada između primarnog i sekundarnog nivoa;
- broj ambulatno obrađenih pacijenata (na 1000 stanovnika) područja za pojedinu specijalnost;
- prosječan broj pacijenata, koje može godišnje obraditi jedan ljekarski tim;
- neprihvatljivo vrijeme čekanja .

#### **Bolnička obrada**

Na području bolničkih odjeljenja slijediće se princip specijalizacije i udruživanja manjih jedinica u veća odjeljenja u bolnici ili čak više bolnica određenog područja.

Odjeljenja, koja neće biti u stanju da na zadovoljavajući način pružaju usluge bez prekida 24 sati dnevno, uz sve hitne slučajeve, neće zadovoljiti kriterijume kvalitetne, bezbjedne i efikasne obrade i moraće se umrežavati, udruživati ili preći na specijalističko-ambulantni nivo. Po nekim međunarodnim studijama, za neke bolnice je optimalan broj kreveta za efikasno rukovođenje bolnicom između 200 i 600 kreveta.

U cilju optimizacije kadrovske raspoloživosti, broj zdravstvenih radnika će rasti do 2 % godišnje nakon 2010. godine, a broj nemedicinskih radnika će se smanjivati za 1 % godišnje. Pristupiće se analizi mogućnosti dodjeljivanja određenih nemedicinskih aktivnosti spoljnim saradnicima (tzv. outsourcing) ili preko javno-privatnog partnerstva: upravno-tehničke djelatnosti.

#### **Neophodni uslovi za obavljanje sekundarne zdravstvene djelatnosti:**

- obezbjeđivanje neprekidnog rada bolnice ili odjeljenja 24 časa dnevno, uključujući sve hitne slučajeve uz potrebni stručni tim;
- zadovoljavanje kriterijuma kvalitetne i bezbjedne obrade uz sistem totalnog kvaliteta i dovoljnog broja sličnih bolesnika u određenom periodu po prosječnom ljekaru;
- broj hospitalizovanih odnosno ambulantno obrađenih pacijenata (na 1000 stanovnika) područja za pojedinu specijalnost, prosječan broj pacijenata, koje može godišnje obraditi jedan ljekarski tim;
- veličina gravitacionog područja;
- dužina lista čekanja za određene zdravstvene usluge.

#### **7.3.1.2. Neakutna bolnička obrada (NABO)**

U NABO se upućuju pacijenti nakon završene akutne bolničke obrade (ABO) ili oni pacijenti, kojima je potrebno produženo liječenje, rehabilitacija, zdravstvena njega ili palijativna njega, jer pacijentovo zdravstveno stanje ne dozvoljava ili bi bila teško izvodljiva obrada na drugom mjestu.

NABO predstavlja značajno područje između ABO i otpuštanja u domaće okruženje ili u ustanovu socijalnog staranja.

Obično se NABO naplaćuje po bolničkim danima uz određena ograničenja trajanja obrade. Oblici NABO su podijeljeni u sledeće programe:

1. produženo bolničko liječenje sa rehabilitacijom: za pacijente koji nakon dijagnostičke ili terapijske obrade ne mogu produžiti obradu van bolnice, jer bi im to pogoršalo stanje:

- pacijent bez potrebe za akutnom dijagnostikom i terapijom;
- pacijent bez potrebe za složenom dijagnostikom i liječenjem,
- pacijenti sa planiranim dugotrajnim liječenjem sa većim učešćem zdravstvene njege i rehabilitacije.

2. bolnička zdravstvena njega na odjeljenima za njegu: za pacijente kojima je nakon završene ABO potrebna pretežno zdravstvena njega, fizioterapija i dodatna socijalnu obrada u cilju:

- i. povećanja sposobnosti samonjege;
- ii. izvođenja specifičnih aktivnosti zdravstvene njege, koja se ne može raditi kod kuće ili u institucionalnoj zaštiti;

- iii. stimulacije aktivne uloge pacijenta u rješavanju njegovih zdravstvenih problema;
- iv. sprovođenja zdravstveno obrazovnih programa za savlađivanje bolesti nakon otpuštanja;
- v. veće bezbjednosti otpuštanja.

### **7.3.1.3. Palijativna njega (zbrinjavanje)**

Po demografskim i epidemiološkim trendovima raste broj starijih i hroničnih bolesnika, mijenja se slika tradicionalne porodice, što je prouzrokovalo drugačiji pristup problemu smrti. Obaveza zbrinjavanja starijih, hroničnih, umirućih prenijela se iz porodice na društvo i u najvećoj mjeri na javni zdravstveni sistem.

Palijativna njega za pacijente sa napredujućom i neizlječivom bolešću i njihovu okolinu znači integralno zbrinjavanje (njegu) usled posledica bolesti (bolovi, mučnina, otežano disanje, iscrpljenost, delirijum) i psihosocijalnih potreba za što kvalitetniji život do smrti. Ovo podrazumijeva oboljele od malignih oboljenja, otkazivanje rada organa, neuroloških oboljenja, psihijatrijskih oboljenja, HIV-a i dr.

Palijativna njega se danas odvija jednim dijelom na primarnom nivou, kroz usluge patronažne službe, što ne zadovoljava stvarne potrebe. U narednom periodu neophodno je u oblasti palijativne njege, posebnu pažnju posvetiti razvoju edukativnih programa i organizovanju multidisciplinarnih timova za palijativno zbrinjavanje (ljekar, medicinska sestra, socijalni radnik, fizioterapeut, radni terapeut, dietetičar i psiholog).

Palijativna njega mora postati sastavni dio integralne zdravstvene zaštite preko palijativnih timova, palijativnih odjeljenja ili hospisa. Jedan od preduslova je pregledno finansiranje palijativne njege.

#### **Uslovi za NABO i palijativnu njegu:**

Zbog populacije koja stara, skraćivanjem prosječnog vremena ležanja u akutnoj bolničkoj obradi i sve složenije zdravstvene njege hroničnih bolesnika potrebno je otvoriti odjeljenja za NABO i dugotrajnu njegu u institucijama i kod kuće. Za pacijente, kojima treba NABO, dugotrajna njega i palijativna njega, potrebna je mreža multidisciplinarnih timova. Potrebno je organizovati odjeljenja za zdravstvenu njegu, palijativno zbrinjavanje (njegu) i odrediti finansijska sredstva za njihov rad.

Cilj je do 2013.g. obezbijediti barem dvije bolnice ili odjeljenja za njegu i palijativu. Dio krevetnog kapaciteta i BOD je različit po zemljama i može dostići čak 10 %. Ako bi danas uveli NBO, mogli bi izdvojiti oko 150 kreveta. Proces je dugotrajan, zato su projekcije do 2013 realne.

### **7.3.1.4. Dugotrajna njega**

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

Dugotrajna njega se pruža licima sa fizičkim ili mentalnim smetnjama, nemoćnim

starim licima i onima, kojima je neophodna podrška i pomoć u njihovim osnovnim dnevnim aktivnostima. Definicije dugotrajne njege se u EU razlikuju sa stanovišta određenja dužine korišćenja i profila korisnika kao i obima i vrste usluga. I linija razgraničenja između zdravstvene i socijalne komponente u dugotrajnoj zaštiti se veoma različito praktikuje.

### **7.3.2.Tercijarni nivo**

Definisanje tercijarne zdravstvene zaštite, odnosno podjela rada između tercijarne i sekundarne zdravstvene zaštite, ne znači prepreku i barijeru između ova dva nivoa zdravstvene zaštite, jer tercijarni i sekundarni nivo zdravstvene zaštite moraju predstavljati nedjeljivu funkcionalnu cjelinu, sa nesmetanim protokom informacija i iskustava između zdravstvenih radnika i saradnika.

Zdravstvena djelatnost na tercijarnom nivou pruža visoko-specijalizovanu zdravstvenu zaštitu primjenom najsavremenijih tehnologija, u vidu specijalističko-konzilijarnih multidisciplinarnih ambulantnih i bolničkih djelatnosti. Tercijarna djelatnost uključuje uže specijalističke jedinice usmjerenih područja dijagnostike, terapije i rehabilitacije, kao i edukativni, naučni i istraživački rad samostalno ili u saradnji sa Medicinskim i drugim fakultetima. U okviru stručne podrške ostalim nivoima, tercijarna zdravstvena zaštita obuhvata pripremu novih metoda liječenja, izradu nacionalnih programa, pripremu kliničkih smjernica i vodiča i standardnih operativnih procedura dijagnostike i liječenja (SOP).

Programi edukacije, stručne podrške i naučno istraživačke djelatnosti tercijarnog nivoa moraju biti definisani planom.

Status tercijarne djelatnosti mora se provjeravati nakon određenog perioda na osnovu utvrdjenih uslova, zavisno od razvoja tehnologije i nauke, jer status tercijarne djelatnosti nije stalan. Utvrđivanje uslova za tercijarnu djelatnost je neophodno, jer tercijarna djelatnost radi na istim organizacionim principima kao sekundarna (stacionar i ambulante), pa se zdravstvene usluge sekundarne i tercijarne zdravstvene djelatnosti često prepliću.

Tercijarna zdravstvena djelatnost je dio javnog zdravstvenog sistema i ne može se obavljati u privatnim zdravstvenim ustanovama, ali može u okviru privatno-javnog partnerstva. Dostupna je samo na osnovu upućivanja od strane izabranih doktora i nakon prethodne trijaže na sekundarnom nivou.

#### **Uslovi za ostvarivanje tercijarne djelatnosti su slijedeći:**

- definisanje doktrine, smjernica i protokola liječenja,
- donošenje standardnih operativnih procedura (SOP)
- unapređenje i kontrola kvaliteta rada,
- sprovođenje kontinuirane medicinske edukacije
- uvođenje savremenih medicinskih tehnologija
- posjedovanje informacionog sistema za tercijarnu zdravstvenu djelatnost, kao i povezivanje svih nivoa zdravstvene zaštite i grana medicine u njihovom sastavu i dr.
- edukativna, istraživačka i naučna djelatnost, međunarodna stručna i naučna saradnja,

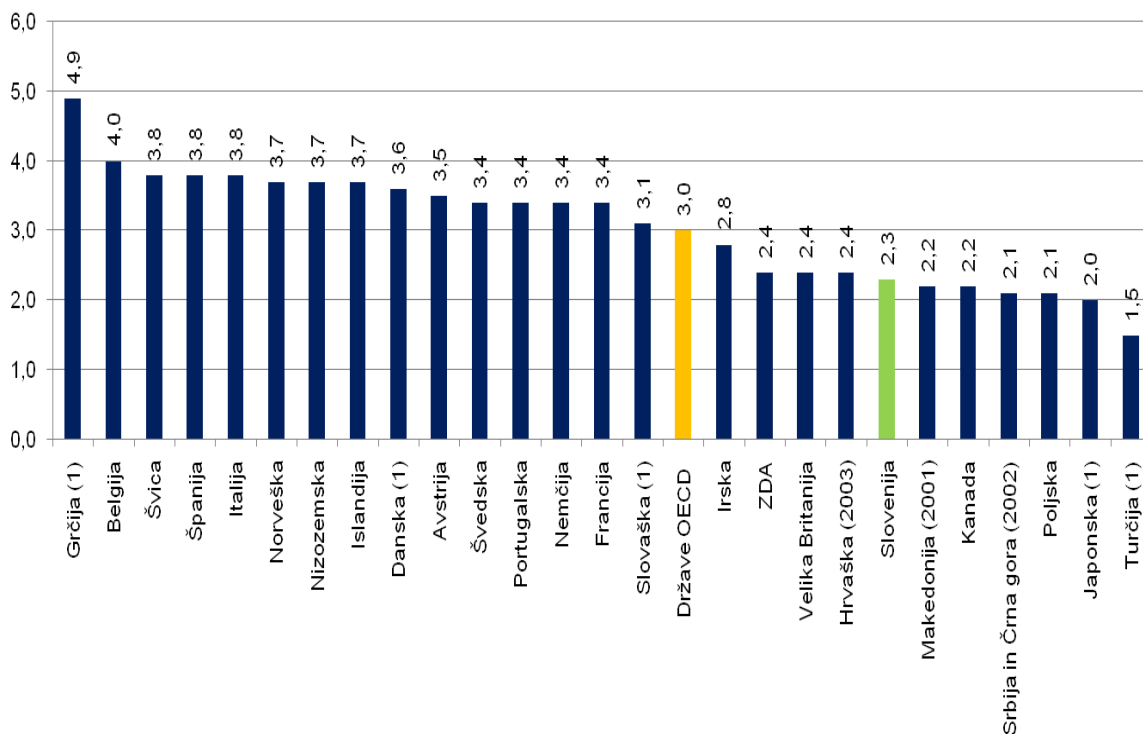
- rukovođenje, registrima i evidencijama, potrebnim za praćenje zdravstvenog stanja stanovništva,
- zadovoljavanje potreba po tercijarnoj ZZ sa barem 0,5 miliona stanovnika.

#### 7.4. Kadrovske potrebe u zdravstvu

Ljudski resursi su nosioci sistema zdravstvene djelatnosti i predstavljaju veoma značajan segment cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite. Broj zaposlenih i njihova kvalifikaciona struktura odražava kvalitativnu i kvantitativnu razvijenost zdravstvene djelatnosti.

Jedan od zaključaka MP (2005.-2010.g.) jeste, da je u prošloj deceniji došlo do nekontrolisanog povećanja broja zaposlenih, bez razmatranja finansijskih mogućnosti za pokrivanje troškova njihovog rada. To je imalo za rezultat neujednačen i disproporcionalan razvoj zdravstvenih kapaciteta i zapošljavanja. Iako podaci o broju zaposlenih, kao i broju stanovnika po zaposlenom, ne daju dovoljno informacija o adekvatnosti zdravstvene zaštite, zaključeno je da Crna Gora ima višak kadra, a to naročito važi za administrativno i tehničko osoblje, čak i u poređenju sa drugim zemljama. Predstavljen je visok odnos doktora i nemedicinskog osoblja (1:3:18). Naveden je argument za prekvalifikovanje nekih doktora specijalista u ljekare opšte prakse. Ukazano je na konkretan problem viška specijalista u stomatologiji. Isto tako, zapažene su velike razlike među regionima po stanovniku, zbog čega se problemom smatra pristupačnost nekim regionima.

Broj ljekara je 1,97 na 1000 stanovnika, što je daleko ispod prosjeka u EU. Učešće nemedicinskog osoblja je veoma visoko i iznosi 27,6 %.



Grafikon 1. Broj ljekara na 1000 stanovnika, Crna Gora: 1,97. (ZDRAVSTVENI RESURSI, OECD,



2007; SZO, Whostat, 2006)

Na osnovu predloženih normativa kadrova za sekundarni nivo po MP moglo bi se doći do pogrešnih zaključaka. MP je za Crnu Goru predložio sljedeći normativ: 0,14 ljekara, 0,5 medicinskih sestara, 0,3 drugih medicinskih radnika i 0,2 nemedicinska radnika po bolničkom krevetu. Jedan tim činio bi jedan ljekar, 3,57 medicinskih sestara, 2,14 drugih medicinskih radnika i 1,43 nemedicinska radnika. U specijalističkoj ambulantnoj zaštiti, ljekari treba da provode 0,1 svog radnog vremena na onkologiji i infektologiji, 0,14 na pedijatriji i ginekologiji, 0,25 na odjeljenjima za ortopediju i hirurgiju, 0,4 u internoj medicini, psihijatriji i neurologiji i 0,5 u oftalmologiji i otorinolaringologiji. To znači, da bi 42 ljekara radila u specijalističkoj ambulantnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ako bi se poštovali predloženi normativi, koji se zasnivaju na broju kreveta, javio bi se višak od 157,7 ljekara i manjak 92 medicinske sestre u Crnoj Gori na sekundarnom i tercijarnom nivou u 2006. godini. Ukoliko se ostvari optimalna stopa iskorišćenosti kreveta, višak bi se još povećao. Ti rezultati potvrđuju da su „normativi zasnovani na inputima“ neodgovarajući. Analiza ima puno nedorečenosti, jer se nijesu mogli tačno utvrditi ljekari i medicinske sestre, koji ne rade neposredno sa bolesnicima na odjeljenjima (specijalističko – ambulantna obrada, patologija, mikrobiologija), u tercijarnoj djelatnosti (istraživanje, nauka). Navedeno sigurno ukazuje na neophodnost promjena pristupa organizaciji, planiranju i finansiranju na sekundarnom i tercijarnom nivou.

**Savremeni sistemi planiraju broj zaposlenih na osnovu ishoda i rezultata – broja pacijenata zajedno sa ozbiljnošću njihovog stanja i kvalitetom zdravstvene zaštite.**

Tim pristupom mogu se ugraditi moderniji, međunarodni indikatori i kriterijumi upoređivanja, kao što je broj bolesnika (ili čak bolesnika sa opredijeljenom težinom obrade) po ljekaru ili medicinskoj sestri.

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

Direktiva 2005/36/EU reguliše obrazovanje, kvalifikacije i zaštitu zvanja, obezbeđuje sigurnost pacijenta prilikom intervencija u zdravstvenoj njezi, omogućava slobodni protok sestrijskih usluga. U procesu punopravnosti članstva EU, Vlada je u 2009. godini, usvojila Zakon o zdravstvenoj njezi, koji je normativno uredio obavljanje ovog segmenta zdravstvene zaštite. Zakonom o zdravstvenoj njezi definisano je osnivanje Komore za medicinske sestre, koja je nadležna za izdavanje licenci za rad medicinskim sestrama, standarde i kompetencije za pružanje zdravstvene njege u svakodnevnoj praksi. Ovo podrazumjeva definisanje oblasti zdravstvene njege i razgraničenje sa drugim profesijama u sistemu zdravstvene zaštite, kategorizaciju

zdravstvene njege sa elementima, koji mjere količinu i kvalitet pruženih usluga zdravstvene njege. Taj model bi predstavljao najrealniju osnovu za finansiranje usluga zdravstvene njege.

### **7.5. Prioriteti i usmjerenja za područje zdravstvene djelatnosti**

#### **Prioritet 1. Kontinuirano praćenje i evaluacija toka reforme i rada primarne zdravstvene zaštite.**

Odlučujući korak u reformi zdravstvene zaštite je njeno bolje kanalisanje ka pacijentima i njihovim potrebama. Neophodno je vršiti praćenje toka reforme na različitim nivoima, kao i definisanje prioriternih oblasti i na primarnom i drugim nivoima, u cilju postizanja boljeg kvaliteta zdravstvene zaštite za sve građane.

#### **Prioritet 2. Praćenje, evaluacija i nadzor rada Agencije za lijekove.**

Agencija za lijekove i medicinska sredstva omogućava pacijentima brzi pristup novim lijekovima i poboljšanje pružanja informacija svim korisnicima lijekova. Nadzor, evaluaciju i praćenje nad zakonitošću rada Agencije obavlja MZ.

#### **Prioritet 3. Reevaluacija uloga i rada centara i jedinica za podršku izabranog doktora.**

Centri i jedinice za podršku izabranog doktora su: Centar za plućne bolesti i tuberkulozu, Centar za dijagnostiku (laboratorijska dijagnostika, rentgen dijagnostika, ultrazvučna dijagnostika), Centar za mentalno zdravlje, Centar za djecu sa posebnim potrebama, Centar za edukaciju, Centar za prevenciju.

Potrebno je vršiti kontinuiranu evaluaciju rada centara, u cilju unaprijedjenja kvaliteta rada i stručnog povezivanja sa sekundarnim i tercijarnim nivoom.

#### **Prioritet 4. Sekundarna zdravstvena zaštita će obuhvatiti ambulantno specijalističku obradu, akutnu i naekutnu bolničku obradu.**

Zahvaljujući izmijenjenoj demografskoj strukturi i napretku u medicinskoj tehnologiji, potrebno je uvesti nove oblike staranja o pacijentima (dnevne bolnice, neakutna njega, produžena bolnička njega, palijativna njega), ukoliko se želi blagovremeno odgovoriti na potrebe i želje pacijenata.

Dnevne bolnice su organizacioni model uvođenja savremenog, ekonomičnog i multidisciplinarnog načina liječenja, koji će značajno poboljšati kvalitet zdravstvene zaštite.

Palijativna medicina se mora upotpuniti psihološkom, socijalnom i duhovnom njegovom pacijenata i njihovih najbližih sa svim njihovim željama, strahovima i potrebama.

#### **Prioritet 5. Zdravstvene ustanove na sekundarnom nivou će se racionalno reorganizovati, da bi se zadovoljili kriterijumi dostupnosti, efikasnosti, kvaliteta i bezbjednosti pacijenata.**

Spajanje pojedinih djelatnosti bolnica mora biti projektno usmjeravano, da bi se postigla organizaciona, finansijska i stručna povezanost, kako bi se zajednički održale određene postojeće djelatnosti (hitne službe, manja odjeljenja, skupa oprema) i usluge (dežurstva) i eliminisalo dupliranje kapaciteta.

Interdisciplinarna racionalna integracija procesa zdravstvene zaštite srodnih i geografsko bliskih djelatnosti mora biti osnov pružanja zdravstvenih usluga. Reorganizacija dežurnih službi u bolnicama na principu kadrovske i materijalne osposobljenosti svake ustanove za prijem bolesnika je neophodna.

Za ranije otpuštanje iz bolnice i smanjenje potrebe za ustanovama potreban je razvoj NBO i širi obim liječenja i njege kod kuće. Ta obrada će pacijentima omogućiti duži boravak kod kuće i bolji kvalitet života, uprkos bolesti od koje pate. Činjenica da će starija i bolesna lica ostati kod kuće, poboljšava kvalitet njihovog života i istovremeno smanjuje troškove njege lica u ustanovama, koje pružaju takve usluge.

**Prioritet 6. Zdravstvene ustanove na sekundarnom i tercijarnom nivou biće organizovane u skladu sa standardima i normativima, zasnovanim na procesu, a ne na kapacitetima.**

Za reorganizaciju bolnica potrebno je utvrditi standarde zdravstvenog liječenja, opreme koju koriste davaoci zdravstvenih usluga, menadžmenta i informacija. Potrebno je započeti proces akreditacije bolnica, odjeljenja i laboratorija i verifikacije prostorija, opreme i djelatnosti. Akreditaciju označenu kao proces treba razlikovati od procesa evaluacije rada zdravstvenih ustanova. Akreditacija bi trebala da doprinese poboljšanju organizacije rada i pružanja zdravstvenih usluga, smanjivanju troškova, porastu efikasnosti i jačanju povjerenja javnosti u sistem zdravstvene zaštite.

**Prioritet 7. Naplaćivanje zdravstvenih usluga vršiće se prema složenosti pacijenta.**

Na osnovu novih klasifikacija bolesti u specijalsitičko-ambulantnoj djelatnosti, akutnom i neakutnom odjeljenju, sa paralelnom izradom informacionog sistema i obučavanjem stručnjaka svih područja (liječari, medicinske sestre, informatičari, ekonomisti) postepeno će se primijeniti naplaćivanje prema složenosti bolesti. Za akutnu obradu primjeniće se jedan od postojećih razvijenih sistema (DRG, case-mix), proučiti izbor za specijalitičku ambulantnu obradu i zadrži BOD na neakutnim odjeljenjima. Kod implementacije modela vrlo je značajna dobra strategija sa analizom postojećeg stanja i vizijom ciljeva.

**Prioritet 8. Pristupiće se uvođenju sistema totalnog kvaliteta i bezbjednosti.**

U Ministarstvu zdravlja je formiran poseban sektor za kvalitet i bezbjednost pacijenata. Potrebno je usvojiti Nacionalnu strategiju za razvoj kvaliteta i bezbjednost u zdravstvenoj zaštiti, započeti proces izrade kliničkih smjernica i uputstava, te sistema otvorenog izvještavanja, monitoringa i analiziranja, u cilju poboljšanja bezbjednosti pacijenata i kontrole rizika. Izrada smjernica kliničke prakse mogu biti i treba da budu alatke poboljšanja liječenja i edukacije i njihova izrada treba da bude pod nadzorom Sektora za kvalitet.

**Prioritet 9. Ugraditi sistem naplaćivanja po ishodu obrade (PPP).**

Novi sistemi finansiranja, sklopljeni sa indikatorima, ishoda liječenja omogućiće uvođenje naplaćivanja po ishodu obrade.

**Prioritet 10. Proširenje mreže zdravstvenih ustanova na osnovu potreba stanovnika.**

Širenje mreže mora se bazirati na potrebama stanovništva, jasnim ciljevima zdravstvene politike i raspoloživim finansijskim sredstvima.

**Prioritet 11. Prodoran menadžment je preduslov za promjene.**

Otvaranje studija, specijalni kursevi i interaktivno obučavanje za srednji i visoki

menadžment<sup>20</sup>. Neophodno je formirati nacionalnu bazu i listu indikatora za poslovni i stručni dio funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. U sistemu nadležnosti menadžmenta treba provjeriti i uvesti potencijalne bonuse za uspješan menadžment. Treba poboljšati regulatornu ulogu države u oblasti kvaliteta i efikasnog rada davalaca usluga, upravljanja kapacitetima, paketa usluga, funkcionisanja organizacija za zdravstveno osiguranje i načina plaćanja davalaca usluga, uređenja pristupa, cijena lijekova, javnih nabavki i nadzora. To će stvoriti uslove za razvoj konkurencije među davaocima usluga pod nadzorom države, uvešće se metod raspisivanja javnog tendera za dodjeljivanje programa, a davaoci usluga će dostavljati svoje ponude pod posebnim uslovima.

Različiti oblici nagrađivanja ljekara i drugog medicinskog osoblja prema njihovom radnom doprinosu će pojačati stručnu konkurenciju, uskladiće zarade i omogućiti nagrađivanje kvantiteta i kvaliteta rada. Potrebno je proučiti modele slobodnog specijaliste.

Uloga današnjih menadžera zdravstvenih ustanova u ograničenim uslovima je kompleksna. Uz liderstvo i viziju, upravljači u svojim aktivnostima moraju da budu: inovativni, fleksibilni, edukativni, da respektuju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između odjeljenja i službi, da nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

#### **Prioritet 12. Institucionalno rješenje forenzijske psihijatrije.**

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

#### **Prioritet 13. Da se u zdravstvenim ustanovama omogući naplaćivanje usluga po tipu plaćanja za smještaj u postojećim socijalnim ustanovama za bolesnike sa izuzetno dugim periodom ležanja.**

#### **Prioritet 14. Referentnost, nacionalni interes i obim naučnog rada u specijalnim bolnicama uključice se u kriterijume za njihovu kategorizaciju u vidu terciarnosti.**

#### **Prioritet 15. Osnivanje samostalne zdravstvene institucije za zdravstvenu zaštitu zaposlenih, kao specifičnog vida zaštite koji će unaprijediti zdravlje zaposlenih.**

---

<sup>20</sup> Edukacija iz menadžmenta u zdravstvu mora obuhvatiti: uvod u menadžment, zdravstveni sistemi, zdravstvena politika, strateški menadžment, **alati** za analizu i donošenje odluka, liderstvo, tehnike planiranja, upravljanje organizacijom, metode upravljanja, metode i tehnike monitoringa i evaluacije, menadžment kvalitetom, menadžment ljudskih resursa, menadžment informacija, menadžment promjena, menadžment konflikta, menadžment rizika, projektni menadžment, ekonomija za menadžere, zdravstvena ekonomija, finansijski menadžment, knjigovodstvo, vještine pregovaranja, projekat uvođenja sistema menadžmenta i sistema kvaliteta.

## 8. Finansiranje sistema zdravstvene zaštite

### 8.1. Uvod

Sistem zdravstvene zaštite zasnovan je na principima Bizmarkovog socijalnog zdravstvenog osiguranja, koji se finansira iz doprinosa, koje plaćaju poslodavci, zaposleni i druge kategorije stanovništva. **Stopa doprinosa je 12,3 %**. Zdravstvena zaštita cjelokupnog stanovništva, uključujući nezaposlena i izbjegla lica i druge kategorije, finansira se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja koje se obezbjeđuje iz namjenskih prihoda, tj. doprinosa za zdravstveno osiguranje. Nedostajuća sredstva obezbjeđuju se iz opštih prihoda budžeta.

Poznato je da obaveza i solidarnost u zdravstvenom osiguranju donosi stanovništvu određena prava na zdravstvene usluge i novčane nadoknade, ali je njihovo ostvarivanje vezano i za obavezu plaćanja doprinosa proporcionalno svojim finansijskim mogućnostima. Cjelokupno obavezno zdravstveno osiguranje ide preko FZO-a, a predloženo dobrovoljno zdravstveno osiguranje treba da bude u nadležnosti tržišta i privatnih osiguravajućih društava. Participacija, odnosno učešće osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite iznosi 1%.

U 2009.g. 59,65 % doprinosa dolazi od zaposlenih, 19,86 % od penzionera, 0,28 % od nezaposlenih i 0,21 % od poljoprivrednih proizvođača. Gledajući sa aspekta doprinosa, data analiza rashoda i prihoda po osiguraniku ne govori mnogo – u sistemima solidarnosti doprinosi se naplaćuju u skladu sa finansijskim mogućnostima, a izdaci u skladu sa potrebama. Podatak, da 3,25 % stanovništva čine poljoprivredni proizvođači, koji učestvuju sa 0,21 % svih doprinosa, govori nam, da je načelo horizontalne jednakosti prekršeno.

Analize se izradjuju na osnovu finansijskih izvještaja zdravstvenih ustanova, odnosno zdravstvenih usluga koje se u tim ustanovama pružaju. U strukturi rashoda javnih zdravstvenih ustanova preovlađuju plate (zarade) sa 47,95 %.

U Master planu do 2010.g. predložene su određene mjere, koje bi trebalo da sistemu zdravstvene zaštite donesu dodatna finansijska sredstva i ostvare bolju kontrolu privatnih resursa u sistemu zdravstvene zaštite: povećanje učešća građana u troškovima, uvođenje novih oblika dobrovoljnog osiguranja, uvođenje privatnih ambulantnih usluga i iznajmljivanje neiskorišćenih kapaciteta, procesuiranje naknada šteta koje izazovu fizička i pravna lica, i uvođenje izvještavanja i vođenja evidencije o povredama na radu i profesionalnim oboljenjima aktivnih osiguranika i rizičnih kategorija. Mogućnost konkurentnosti se predviđa kroz privatne kapacitete.

U Crnoj Gori nema posebne stope doprinosa za povrede na radnom mjestu i

profesionalna oboljenja. U nekim zemljama zapadne i centralne Evrope, poslodavci plaćaju posebne iznose na ime povreda na radu i profesionalnih oboljenja za svoje zaposlene. Iz tih prihoda finansira se zdravstvena zaštita lica koja su povrijedjena ili oboljela od profesionalne bolesti.

Ova vrsta prihoda je različita i zavisi od iznosa izdataka za rizike. Primjena gore navedene stope doprinosa predstavlja jedan od potencijalnih izvora dodatnih sredstava.

## **8.2. Kretanje prihoda za zdravstvo iz javnih izvora**

Preko Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore (FZO), zdravstvena djelatnost se finansira najvećim dijelom iz doprinosa za zdravstveno osiguranje, prihoda iz budžeta i ostalih prihoda. **Ostvareni prihodi u 2008. godini** (183,42 mil. €) su povećani za 45,04 mil. € ili 32,55 % u odnosu na ostvarene prihode u 2007. godini (138,38 mil. €), kao rezultat sveukupnog ekonomskog rasta u Crnoj Gori, redovnije naplate prihoda i povećanja obuhvaćenosti obveznika uplate doprinosa.

U odnosu na usvojeni Finansijski plan **za 2009. godinu**, FZO je za **2009.g.** ostvario više prihoda za 3,53 mil. € ili za 2,23 %, dok je u odnosu na isti period 2008. godine ostvario manje 21,39 mil. € odnosno za 11,66 %.

**Prihodi od doprinosa za zdravstvenu zaštitu** u 2008. godini su 144,8 mil. € i čine 78,95 % ukupnih prihoda FZO, što predstavlja smanjenje u odnosu na prethodne godine (2007.g. – 90,63 %, 2006.g. – 93,67 %). Do smanjenja učešća ovih prihoda došlo je zbog smanjenja stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje sa 13,5 % na 12 % u 2008. g. (10,5 % u 2009. g.), shodno Zakonu o doprinosima za socijalno osiguranje.

**Prihodi iz budžeta** povećani su sa 6,84 mil. € u 2006. godine na 11,38 mil. € u 2007. odnosno na 37,09 mil. € u 2008. godine, u cilju nadoknade sredstava po osnovu smanjenja stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, nedostajuća sredstva za isplatu zarada zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama.

**Znači**, učešće prihoda iz budžeta u ukupnim prihodima FZO povećano je sa 5,8 % u 2006. godini na 20,22 % u 2008. godini. Za 2009.g. prihodi od doprinosa za zdravstvenu zaštitu su 129,77 mil€, ili 80, 09% ukupnih prihoda FZO, a veći su od plana za 2,91 mil €, ili 2,3%. U istom periodu prihodi iz budžeta su 31,81 mil €, ili 19,63 % ukupnih prihoda a za 0,17 mil € ili 0,84 % manji su u odnosu na plan.

Osim sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz javnih izvora bilo je u 2008. godini namijenjenih još 69 mil. € za finansiranje djelatnosti Ministarstva zdravlja, rada i socijalnog staranja. U odnosu na ostvareni budžet Ministarstva za zdravlje, rad i

socijalno staranje u 2007, to znači povećanje za 11,52 mil. € ili 20 %.

### **8.3. Kretanje rashoda za zdravstvo iz javnih izvora**

Ukupno ostvareni rashodi Fonda u 2008. godini su 172,48 mil. €, 2007.g. 138,52 mil. €, a 2006.g. 117,94 mil. €. Rashodi Fonda obuhvataju:

1. **Sredstva za zdravstvenu zaštitu** osiguranih lica po nivoima zdravstvene zaštite:
  - a. **primarni nivo zdravstvene zaštite** – finansiranje zdravstvene zaštite osiguranicima preko domova zdravlja, lijekova izdatih na recept i ugovorenih usluga za stomatologiju. Učešće primarne zdravstvene zaštite u ukupnim rashodima pokazuje smanjenje (sa 38,02 % u 2006. g. na 33,65 % u 2008. g.) što je rezultat preduzetih mjera reforme, kontrole troškova, tenderskih cijena lijekova. Međutim, u apsolutnim iznosima ovi troškovi su porasli sa 44,84 mil. € u 2006. g. na 58,04 mil. € u 2008. g.
  - b. **sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite** – finansiranje zdravstvene zaštite osiguranicima preko bolnica. Izdaci za zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou (u 2008. g. su činili 45,21 % ukupnih rashoda), u periodu 2006-2008. g. su rasli i u apsolutnom i u relativnom iznosu. Još uvijek ne postoji prava kontrola i statistika troškova na bolničkom nivou, pa će ovo ubuduće biti predmet pažnje razvoja informacionog sistema, kako bi se stvorili uslovi za kontrolu racionalnosti potrošnje, odnosno stavljanja ovih sredstva u funkciju osiguranika.
2. **Ostala prava iz zdravstvene zaštite** (cca 14,95 mil. € u 2008. g.) - liječenje osiguranih lica Fonda u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, koje su van sistema javnog zdravstva kao i u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore, ukoliko se ne mogu uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama, koje su u sistemu javnog zdravstva CG.
3. **Prava iz zdravstvenog osiguranja:**
  - a. za nabavku ortopedskih i dr. pomagala (0,83 mil. €),
  - b. za naknadu bolovanja preko 60 dana (3,33 mil. €) i
  - c. za naknadu putnih troškova osiguranika (3,16 mil. €).
4. **Ostale izdatke** u okviru kojih su i sredstva za rad Fonda za zdravstveno osiguranje. Od 14,19 mil. € koji se odnose na ostale izdatke i sredstva za rad FZO, cca 9,19 mil. € se odnosi na izdvajanje za potrebe javnih zdravstvenih

ustanova, dok ostalih 5,07 mil. € čine sredstva za rad FZO (tj. sredstva za rad FZO čine 2,94 % ukupnih rashoda FZO, dok je u zemljama u okruženju i mnogim Evropskim zemljama to učešće od 3 do 5 %).

Učešće izdataka Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP opada i pored rasta izdataka Fonda, što pokazuje sledeća tabela.

Godina	BDP * (u mil. €)	Izdaci FZZO ** (mil. €)	Učešće FZZO u BDP
2004	1.669,80	95,58	<b>5,72</b>
2005	1.815,00	108,89	<b>6,00</b>
2006	2.148,90	117,94	<b>5,49</b>
2007	2.807,90	138,52	<b>4,93</b>
2008	3.085,60	172,48	<b>5,59</b>
2009	3.242,00	158,49	<b>4,89</b>

\* Izvor Monstat (2001-2008) analiza ostvarivanja ekonomske politike Crne Gore za 9 mjeseci 2009.g. (procjena za 2009.g.)

\*\* Izvor Izveštaj o poslovanju Fonda

**Tabela br. 1.** Učešće izdataka Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP od 2004 do 2009.

**U cilju prevazilaženja problema u finansiranju sistema zdravstva neophodno je preduzeti aktivnosti na povećanju prihoda Fonda za zdravstveno osiguranje kako bi se obezbijedila stabilnost u finansiranju sistema zdravstva.**

#### **8.4. Prioriteti i usmjerenja za područje finansiranja sistema zdravstvene zaštite**

**Prioritet 1. Prihvatanje i uvođenje zahtjeva iz Maastrichtskog ugovora za sistem zdravstvene zaštite kao dijela javne potrošnje.**

Maastrichtski kriterijumi između ostalog obuhvataju javno finansijske kriterijume: gubitak ne smije biti veći od 3 % BDP, javni dug ne smije prevazići 60 % BDP.

**Prioritet 2. Primjena, monitoring i evaluacija na osnovu metodologije nacionalnih zdravstvenih računa (NZR).**

U toku 2007 i 2008. godine rađeno je na projektu uvođenja NZR, čime su dobijeni podaci za 2004, 2005 i 2006. godinu. Po preporuci konsultanata, koji su radili na uvođenju NZR, neophodno je po istoj metodologiji nastaviti praćenje zdravstvene potrošnje na nivou države u okviru javnog i privatnog sektora. Naročito treba posvetiti pažnju obuhvatu privatnog sektora kroz evidencije, fiskalizacije i analize finansijskih izvještaja.

**Prioritet 3. Povećanje javnih zdravstvenih sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja**



Građani moraju imati jednako zdravstveno osiguranje, jednak pristup zdravstvenim uslugama i podjednak kvalitet liječenja. Zbog finansijske održivosti i očuvanja socijalnog, Bizmarkovog modela finansiranja, potrebno je zadržati doprinose kao osnovni izvor finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja, uz povećanje obuhvata obveznika uplate doprinosa, naknade štete i drugih izvora.

Pojačan nadzor naplate od strane Poreske uprave može imati za rezultat u krajnjem veći kvalitet liječenja, po osnovu povećanja ukupno prikupljenih sredstava.

Neophodno je ojačati autonomiju FZO i zadržati većinski Bizmarkov model, a ne mješoviti Bizmark – Beverigeov model osiguranja.

#### **Prioritet 4. Povećanje javnih zdravstvenih sredstava iz državnog ili lokalnog budžeta.**

Mogući izvori dodatnih sredstava predstavljaju prihodi od akciza na duvan i alkoholna pića i dalja realizacija projekta naknada štete.

Primjena posebne stope doprinosa za povrede na radu i profesionalna oboljenja je jedan od potencijalnih izvora dodatnih finansijskih resursa.

#### **Prioritet 5. Povećanje privatnih zdravstvenih sredstava**

Predviđeno je uvođenje novih oblika zdravstvenog osiguranja, u cilju poboljšanja uslova finansiranja zdravstvene zaštite.

Kod uvođenja novih oblika zdravstvenog osiguranja neophodno je jasno definisati usluge, koje su pokrivenne obaveznim zdravstvenim osiguranjem, tzv. osnovni paket usluga, za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene djelatnosti, budući da je ovaj paket za primarni nivo utvrđen.

Pri donošenju odluke o obliku osiguranja potrebno je i kod privatnih osiguranja naglasiti javni interes i specijalno staranje za socijalno ugrožene grupe. Uvođenje novih oblika zdravstvenog osiguranja će se projektno pratiti, uz ostvarenje preporučenog odnosa javnih i privatnih sredstava na nivo standarda EU 75:25.

#### **Prioritet 6. Odnos između javnog i privatnog u sistemu ZO - plansko uvođenje javno-privatne saradnje na osnovi analize i uspostavljanje uslova za razvoj DZO.**

U procesu uvođenja privatizacije, treba utvrditi stroge regulative i nadzor nad vrstom i kvalitetom usluga, koje se pružaju.

#### **Prioritet 7. Preći na ugovorni princip otkupa planova i programa rada zdravstvenih ustanova u skladu sa programom razvoja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori.**

Informatizacijom sistema primarne zdravstvene zaštite stvoreni su uslovi za zaključivanje ugovora za pružanje zdravstvenih usluga između davalaca usluga i Fonda za zdravstveno osiguranje.

Prvi ugovori su zaključeni sa privatnim stomatološkim ordinacijama u pružanju stomatoloških usluga iz primarne zdravstvene zaštite i oralne hirurgije, dok su u toku pripreme za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama.

Širenjem reforme na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, uvođenje medicinskog i poslovno-administrativnog informacionog sistema, koji će se raditi u sklopu integralnog bolničkog informacionog sistema (IBIS) dobiće se kvalitetni podaci neophodni za sklapanje ugovora i na ovim nivoima zdravstvene zaštite.

**Prioritet 8. Stvoriti uslove u sistemu, da Fond za zdravstveno osiguranje ima aktivnu ulogu u naručivanju zdravstvenih usluga.**

Uvođenje aktivnog procesa zaključivanja ugovora između FZO-a i davalaca usluga u svrhu efikasnijeg sistema i strožijeg nadzora nad davaocima usluga.

Uvođenjem konkurencije između davalaca usluga povećaće se efikasnost sistema. Slobodan izbor davalaca usluga uvodi konkurenciju, kako bi se dodatno podstakao kvalitet i smanjili troškovi.

**Prioritet 9. Pristupiće se naplaćivanju prema složenosti bolesnika i prilagođavanje sistema OZO.**

Kada se radi o finansiranju bolnica, preporučuje se model plaćanja prema složenosti potrebnog liječenja (DRG, case- mix). Prije utvrđivanja standardnih cijena, potreban je sistem klasifikacije za ambulantna, akutna i neakutna liječenja.

## 9. Kvalitet i bezbjednost u zdravstvu

Povjerenje stanovništva u zdravstveni sistem je zasnovano na obezbjeđivanju kvalitetnog i bezbjednog zdravstvenog tretmana. Ljudi žele da znaju da li je zdravstvena zaštita koju dobijaju zasnovana na naučnim dokazima i najboljoj praksi i usaglašena sa standardima. Vizija države na području kvaliteta i zaštite u zdravstvu je podsticanje na uvođenje promjena koje će dovesti do bezbjednijeg i visokokvalitetnog zdravstvenog tretmana, uključujući odgovarajući smještaj i ishranu, sa podsticanjem partnerstva između pacijenata, izvođača zdravstvenih usluga, zdravstvenih stručnjaka, menadžmenta zdravstvenih ustanova, platioca, uz uvažavanje načela usresređenosti na pacijenta, blagovremenosti, efikasnosti i jednakosti. Strategija poboljšanja kvaliteta i zaštite u zdravstvu mora biti zasnovana na tri polazne osnove, i to: na uspostavljanju i razvoju sistema kvaliteta i zaštite u zdravstvu na nivou države, upravljanju, postupanju i odgovornosti za neprekidno poboljšanje kvaliteta i zaštite zdravstvene prakse na nivou izvođača zdravstvene djelatnosti i **obrazovanju i osposobljavanju područja kvaliteta i zaštite u zdravstvu**. Na svim nivoima zdravstvene djelatnosti potrebno je uspostaviti i održavati upravljanje sistema totalnog kvaliteta.

Važan korak je formiranje posebnog sektora odjeljenje za kvalitet u Ministarstvu koji će operativno pratiti, usklađivati i analizirati sprovođenje, uvođenje i realizaciju neprekidnog poboljšanja kvaliteta i zaštite kod svih izvođača zdravstvene djelatnosti na području razvoja kvaliteta i zaštite u zdravstvu.

Svi davaoci zdravstvenih usluga moraju uspostaviti strukture za praćenje i nadzor poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite. U sistemu finansiranja treba obezbjediti potrebna finansijska sredstva za poboljšanje sistema kvaliteta i povećanje zaštite pacijenata.

Neprekidno poboljšanje kvaliteta i zaštite pacijenata mora biti zasnovano na vrijednostima i potrebama pacijenata, zaposlenih i ostalih korisnika, neprekidnom stručnom razvoju pojedinih grupa profesija i zdravstvenih timova, savlađivanju rizika zdravstvene prakse i procjeni uspješnosti njenog djelovanja. Za promjene, koje su neophodne za poboljšanje kvaliteta i zaštite, značajna je prije svega kultura davaoca usluga, koju određuju stručnost, osposobljenost i primjeri dobrog ponašanja. Način razmišljanja menadžmenta utiče na ponašanje i djelovanje zaposlenih, a odgovornost za uvođenje metoda i sredstava kvaliteta i zaštite mora biti uključena u svakodnevni zdravstveni i poslovni rad.

Za sve izvođače zdravstvene djelatnosti treba zahtijevati uvođenje i korišćenje nacionalnih i međunarodnih kliničkih smjernica, formiranje i korišćenje kliničkih puteva, standarda, protokola, algoritama, uputstava i pravila struke, koji su zasnovani na naučnim dokazima, podržanim zdravstvenom praksom. Značajno je obezbijediti

mjerenje pokazatelja uspješnosti djelovanja, kvaliteta i zaštite sa sprovođenjem procjene sistema vođenja kvaliteta. Kod davaoca zdravstvenih usluga potrebno je podsticati uvođenje sistema kvaliteta, koji će obezbjeđivati savlađivanje mogućih rizika i njihovih posledica, kao i analizu izvještaja o ostvarivanju prava pacijenata. Sistemi izvještavanja moraju obezbjeđivati povjerljivost, nezavisnost od postupaka žalbi pacijenata, disciplinskih i sudskih postupaka i biti usredsređeni na učenje, popravne i preventivne mjere. Sa stalnom razmjenom dobrih praksi, poboljšanja će se proširiti na cjelokupnu zdravstvenu ustanovu i kod svih davalaca zdravstvenih usluga.

Potrebno je obezbijediti neprekidni usmjereni stručni razvoj na području kvaliteta i zaštite pojedinca i svih grupa profesija na svim nivoima obrazovanja. Obrazovanje i osposobljavanje na području kvaliteta i zaštite pacijenata mora biti uključeno u programe svih obrazovnih ustanova i programe u zdravstvu, te takođe u interno obrazovanje u zdravstvenim ustanovama. U redovnu djelatnost davalaca zdravstvenih usluga treba uključiti zahtjeve za obrazovanjem i osposobljavanjem na području kvaliteta i zaštite pacijenata.

### ***9.1. Prioriteti i usmjerenja za područje kvaliteta i bezbjednosti u zdravstvu***

**Prioritet 1. Razvoj** osnovanog sektora za kvalitet u MZ

**Prioritet 2** Uspostavljanje formalnih sistema i struktura za stalno unaprjeđenje kvaliteta upravljanja i neprekidnog poboljšanja kvaliteta i zaštite kod izvođača zdravstvene djelatnosti do kraja 2010. godine.

**Prioritet 3.** Uspostavljanje nacionalnog sistema pokazatelja kvaliteta i zaštite na zdravstvenom području i pokazatelja na poslovnom području do kraja 2011. godine. Među ovim pokazateljima su npr: nivo zaraza u bolnicama, kao i tzv: '**bezbjednosni**' pokazatelji, kao npr: čekanje ispred ordinacije.

**Prioritet 4.** Uvođenje kliničkih puteva ili puteva obrade u sve bolnice, do kraja 2011. godine, najmanje dva, u redovnoj praksi za svako odjeljenje bolnice.

**Prioritet 5.** Uvođenje jedne kliničke smjernice integralnog kliničkog puta godišnje za najčešće bolesti.

**Prioritet 6.** Godišnje javno izvještavanja o postizanju pokazatelja kvaliteta.

**Prioritet 7.** Vršenje anketa zadovoljstva korisnika i izvođača zdravstvenih usluga i utvrđivanje sprovođenja postavljenih ciljeva preko pokazatelja (npr: zaraze MRSA u bolnicama i padova sa kreveta).

**Prioritet 8.** Treba uvesti sistem otvorenog izvještavanja, monitoringa, analiziranja i unaprijeđivanja u cilju poboljšanja bezbjednosti pacijenata i kontrole rizika.

## 10. Lijekovi i medicinska sredstva

Lijekovi i medicinska sredstva su suštinska sredstva zaštite i očuvanja zdravlja stanovništva. Potrebno je kontinuirano obezbjeđivanje dostupnosti bezbjednih, kvalitetnih i efikasnih lijekova.

Posebnu prijetnju finansijskoj održivosti sistema u budućnosti predstavljaju biološki lijekovi i lijekovi za rijetke bolesti. Potrebno je pripremiti i uvesti nove načine procjenjivanja troškovne efikasnosti, uz uvažavanje dobrih praksi. Dostupnost lijekova mora biti zasnovana na naučnim saznanjima i farmakoekonomskim parametrima, koji moraju biti uravnoteženi sa socijalno ekonomskim i etičkim stanovištem. Zbog toga će se morati razviti, odnosno dograditi nacionalni standardi za mjerenje opšteg nacionalnog stanja i uvođenje novih tehnologija sa stanovišta troškova i pozitivnog uticaja na čovjekov život (kvalitet života, produktivnost, socijalnoekonomska korist). Na osnovu navedenog, treba pravilno opredijeliti vrijednosti pojedinih lijekova i grupa lijekova u liječenju bolesti i eventualne dodatne vrijednosti novih lijekova, što bi trebalo uvažiti kod određivanja cijena lijekova koji su finansirani iz javnih sredstava. Uz te mjere, potrebno je istaknuti prednosti tenderskih nabavki.

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o lijekovima i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o medicinskim sredstvima dali su zakonsku osnovu za formiranje Agencije za lijekove i medicinska sredstva, kao nacionalnog regulatornog tijela odnosno, tehničko-stručne institucije sa nadležnostima u oblasti zaštite javnog zdravlja putem dostupnosti efikasnih, prihvatljivo bezbjednih kao i lijekova odgovarajućeg kvaliteta, informisanja o lijekovima, kontrole načina proizvodnje i prometa, te praćenja neželjenih efekata i neispravnosti u kvalitetu lijekova, čime se sprovodi regulatorna kontrola nad cijelim životnim ciklusom lijeka.

Sprovođenje postupka registracije u propisanim rokovima i na odgovarajućem stručnom nivou, u skladu sa smjernicama i direktivama Evropske Unije, je trajan izazov za Agenciju za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore.

Agencija ima kratkoročne prioritete, u kojima je na prvom mjestu plan ljudskih resursa, koji će omogućiti neometano i normalno funkcionisanje Agencije. Uspostavljeni su komunikacija i kontakti sa Evropskom Agencijom, kao i sa agencijama u okruženju, radi razmjene podataka i ekspertskih mišljenja u oblasti kvaliteta lijekova i medicinskih sredstava.

Potrebno je uspostaviti i obezbijediti adekvatna sredstva i uslove za rad Agencije za lijekove i medicinska sredstva, sa punom funkcionalnom nezavisnošću, izraditi funkcionalni informacioni sistem, uspostaviti sistem farmakovigilance i kandidovati projekte kod donatora.

Prioriteti i ciljevi Agencije za lijekove i medicinska sredstva:

CILJEVI	STRATEGIJE
Striktno sprovođenje direktiva EU kod registracije lijeka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacija zaposlenih za sprovođenje direktiva.</li> </ul>
Sprovođenje direktiva SZO u farmakovigilanci.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacijom i otvaranjem regionalnih centara.</li> </ul>
Smanjenje potrošnje lijekova	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stvaranje informacionog sistema</li> <li>• Izrada farmakoekonomskih analiza</li> </ul>
Obezbeđivanje pristupačnih dokumenata svim partnerima u procesu sprovođenja aktivnosti Agencije	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otvaranje regionalnih informacionih centara</li> <li>• Publikovanje biltena</li> <li>• Internet strane</li> <li>• Komunikacija putem medija</li> <li>• Telefonske konsultacije</li> <li>• Konsultativne posjete predstavnika Agencije</li> </ul>
Podizanje svijesti kod partnera i klijenata o značaju javnog zdravlja i načinu upotrebe lijekova	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet strane</li> <li>• PR kampanije</li> <li>• Naučne konferencije za ljekare, farmaceute i menadžere</li> <li>• Ostvarivanje dobre relationship marketing mreže</li> </ul>
Unapređenje procesa davanja agencijskih usluga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacija zaposlenih</li> <li>• Motivacija zaposlenih</li> <li>• Uvođenje savremenih informacionih tehnologija</li> <li>• Kontinuirano obezbeđivanje stručne literature</li> </ul>
Ostvarivanje dugoročne saradnje sa partnerima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparentnost procesa</li> <li>• Poštovanje rokova</li> <li>• Ispunjenja zahtjeva</li> </ul>
Poštovanje svjetskih ekoloških standarda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroga primjena pravila</li> <li>• Kontrola farmaceutskog otpada</li> <li>• Kaznene mjere</li> </ul>

### Prioritet 1. Registracija lijekova

Postupak dobijanja dozvole za stavljanje lijeka u promet je isključivo nacionalna procedura, gdje Agencija vrednuje propisanu dokumentaciju (u formi EU fajla ili CTD) i izdaje nacionalnu dozvolu. Postupak je transparentan i harmonizovan sa nacionalnim postupcima zemalja EU i istim standardima za bezbjednost, efikasnost i kvalitet lijeka. Da bi se uspješno i efikasno ušlo u proces registracije, usvojena su podzakonska akta usaglašena sa direktivama Eu u 2009. godini, formirana arhiva za čuvanje dokumentacije, klasifikovani lijekovi, usvojen pravilnik o prijemu dokumentacije, sklopljeni ugovori sa referentnim ovlašćenim laboratorijama za kontrolu lijekova, formirane komisije za registraciju novih lijekova i imenovani eksperti za procenjivanje novih lijekova. Isto tako, potrebna je kontinuirana edukacija

zaposlenih i spoljnih eksperata, tako da neometano i normalno funkcionisanje Agencije ne bude dovedeno u pitanje. Održava se stalna komunikacija sa medjunarodnim organizacijama i nacionalnim agencijama zemalja EU i iz okruženja.

## **Prioritet 2. Smanjenje potrošnje**

Agencija ima namjeru da sprovede sledeće mjere:

- praćenje potrošnje na način, koji preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija;
- promovisanje uloge kliničkog farmaceuta;
- agencija za lijekove izdaje listu međusobno zamjenljivih lijekova, koji imaju istu količinu aktivne supstance i koji su bioekvivalentni;
- uvođenje farmakoekonomske analize;
- sprečavanje nepoštovanja režima izdavanja lijekova i medicinskih sredstava;
- postati službeni i nezavisni izvor informacija za farmaceute, ljekare i stručnu javnost;
- pokrenuti projekte koji će istraživati istrajnost (adherence) bolesnika u primjeni farmakoterapije;
- prikupljati i analizirati uticaj medicinskih grešaka.

## **Prioritet 3. Praćenje neželjenih efekata lijeka**

Agencija je organizovala sljedeće aktivnosti iz oblasti farmakovigilance koje provodi kontinuirano:

osnovan je Nacionalni centar za praćenje neželjenih efekata lijekova;

- oformljeni regionalni centri za praćenje;
- prikuplja izvještaje iz oformljenih regionalnih centara;
- procenjuje izvještaje i povratno izvještava ljekare učesnike;
- osnovna je bazu podataka i informativni servis za neželjene reakcije i interakcije;
- preduzima akcije izdavanja saopštenja, mijenja uslove za izdavanje dozvola, oduzimanje dozvola, naređuje povlačenje lijekova;
- učestvuje u međunarodnim sistemima za praćenje i upozoravanje;
- predstoji usvajanje pravilnika o praćenju neželjenih efekata lijeka.



## 11. Investicije i standardizacija

Finansiranje kapitalnih objekata i nabavka opreme visoke tehnološke vrijednosti za zdravstvene institucije koje je osnovala država, vrši se iz budžeta, a ostale investicije se finansiraju iz sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih institucija. MZ treba da utvrđuje i objedinjava planove **prostornih kapaciteta, investicionog održavanja prostorija i obnavljanja opreme**, u cilju praćenja potrošnje sa stanovišta struke i ekonomije.

Svaka nova zdravstvena tehnologija mora biti zasnovana na naučnim dostignućima u medicini i studijama ekonomske efikasnosti. Preporuke su da se postupa u skladu sa procjenama zdravstvene tehnologije ili HTA, koje se zasnivaju na važećim smjernicama i obezbjeđuju uporedivost i mogućnost prenosa istraživanja. Smjernice koje se poštuju u drugim zemljama su obično smjernice ISPOR-a. Imajući u vidu da je Crna Gora mala zemlja, ne treba očekivati izradu nacionalnih analiza za svaku novu tehnologiju (bilo da se radi o medicini ili proceduri), jer će uglavnom biti preuzete iz drugih zemalja. U Crnoj Gori bi se mogla centralizovati služba za razvoj novih medicinskih tehnologija, u vidu Centra za razvoj i primjenu medicinskih tehnologija, u MZ ili u KCCG, za sve dijagnostičke i druge tehnologije, koje zahtijevaju visoko specifični inženjerski kadar, za razvoj i održavanje ovakve tehnologije.

Prema strategiji VCG o rješavanju problema tretmana medicinskog otpada, bolnice moraju razvijati centre za medicinski otpad. Bolnice će se baviti samo separacijom (sakupljanjem, razdvajanjem i skladištenjem medicinskog otpada) po standardima. Daljom procedurom medicinski otpad se pretvara u komunalni otpad. Racionalan pristup rješavanju ovog problema je u davanju koncesija, u okviru privatno-javnog partnerstva. Ako se rješenje problema povjeri svim ZU pojedinačno, imaćemo za posljedicu povećanje broja nemedicinskog kadra, neuniformnu opremu za tretman medicinskog otpada, povećanje troškova nabavke opreme i dr.

Trebalo bi formirati centralnu službu za održavanje medicinske opreme u svim zdravstvenim ustanovama, koja istovremeno vrši i savjetodavno –konsultativnu ulogu kod utvrđivanja potreba za nabavkom, tehničke opreme i građevinskih investicija. Taj centar može biti u sistemu javnog zdravlja (npr. KCCG) ili u obliku javno-privatnog partnerstva.

Osim održavanja medicinske opreme, ova služba bi rukovodila projektima adaptacija i rekonstrukcija prostora, planirala investicije, izrađivala tendersku specifikaciju medicinske opreme za nabavku i planirala razvoj ZU u tehničkom smislu (prostor, instalacije, oprema...). Na osnovu dosadašnje prakse, u zdravstvenim ustanovama (osim KCCG) nemaju školovan inženjerski kadar, pogotovo za medicinsku opremu. To stvara velike probleme u funkcionisanju i održavanju tehnološkog procesa i stvara ogromne troškove održavanja u zdravstvenim ustanovama na sekundarnom nivou,

koji usluge održavanja medicinske opreme povjeravaju privatnom sektoru i pored činjenice, da tehnička služba KCCG ima kapaciteta, da samostalno održava sistem. U toj centralizovanoj službi za održavanje i planiranje trebalo bi predvidjeti i odjeljenje za zaštitu od jonizirajućeg zračenja i službu za zadovoljavanje svih propisa predviđenih zakonom o zaštiti na radu.

#### ***10.1. Prioriteti i usmjerenja za područje investicija i standardizacije***

**Prioritet 1. Nacionalni plan investicija zasniva se na analizama medicinske i ekonomske opravdanosti, te procjenama posljedica uvođenja novih tehnologija.**

**Prioritet 2. Formiranje centralne službe za razvoj i primjenu novih medicinskih tehnologija i održavanje sofisticirane medicinske i IT opreme.**

**Prioritet 3. Rješavanje problema tretmana medicinskog otpada bolnica.**

## **12. Informaciona i komunikaciona tehnologija, telemedicina**

Izgradnja efikasnog informacionog sistema mora se zasnivati na analizi postojećeg sistema i strategiji razvoja sa jasnom vizijom i ciljevima. Ista se mora bazirati na osnovnoj informacionoj infrastrukturi, osnovnim skupovima zdravstvenih i socijalnih podataka, koji mogu da posluže za elektronski karton pacijenata. Integrisanjem zdravstvenog i socijalnog informacionog sistema u informacioni portal, obezbijeđeni su kvalitetna razmjena elektronskih podataka i usluga, razvoj telemedicine i elektronsko upravljanje.

Racionalni centri mogu u dijelu dijagnostike (RTG i laboratorija) na osnovu savremenih informaciono-komunikacionih rješenja i tehnologija smanjiti troškove nabavke opreme i njenog održavanja, prevazići problem nedostatka medicinskog kadra u pojedinim oblastima CG, i što je najvažnije, podići kvalitet dijagnostike na cijelom području CG. Moguće je realizovati projekat teleradiologije, gdje bi se na centralnom mjestu slivali svi snimci sa dijagnostičkih aparata (RTG, mamograf, CT, MR, angiograf, UZ...) jer CG ima dobru komunikacionu infrastrukturu i veći dio medicinske opreme je u potpunosti digitalizovan (U KCCG je dijagnostička oprema 100 % digitalizovana), a u KCCG postoji i inženjerski kadar, koji ovaj projekat može samostalno voditi i iznijeti do kraja.

### ***11.1. Prioriteti i usmjerenja za područje informacione, komunikacione i tehnologije telemedicine.***

#### **Prioritet 1. Integrisani Bolnički Informacioni Sistem (IBIS).**

U okviru projekta treba planirati centralnu službu, koja bi bila podrška razvoju i implementaciji SW rješenja na sekundarnom i tercijarnom nivou.

### **13. Nevladine organizacije, udruženja i komunikacije sa javnošću**

**Civilna društva postaju neophodan partner i aktivan učesnik u kreiranju zdravstvene politike, kao i nosilac aktivnosti u sprovođenju planiranih mjera.**

**Nevladine organizacije (NVO)** su važan partner na području dugotrajnog zbrinjavanja bolesnika sa hroničnim tjelesnim i duševnim smetnjama. Izgradnjom programa psihosocijalne rehabilitacije, koji bolesnicima sa duševnim smetnjama omogućavaju ponovno uključanje u društvo, sprječavaju učestalost ponavljanja i na taj način utiču na smanjenje povratka u psihijatrijske ustanove i skraćenje vremena ležanja.

**Organizacije pacijenta** preuzimaju inicijative građana, kako bi se obezbijedio uticaj na donošenje odluka na različitim nivoima. Tu funkciju obavljaju različita društva pacijenata i sličnih zainteresovanih grupa. Udruženja pacijenata štite interese grupe ili pojedinaca, i uspostavljaju civilni dijalog sa drugim djelovima civilnog društva i Vladom i saraduju u odlučivanju.

**Profesionalna udruženja** se staraju o obrazovanju i stručnom usposobljavanju nosilaca zdravstvene djelatnosti i time pripomažu održavanju visokog stručnog nivoa njihovog djelovanja. Na različitim stručnim susretima, simpozijumima i kongresima članovi udruženja se upoznaju sa najnovijim saznanjima u otkrivanju i liječenju različitih bolesti. Nezaobilazan vid saradnje je učešće u pripremama stručnih preporuka, usmjerenja i smjernica sa pojedinog područja, koja su korisna vodilja stručnjacima u njihovom stručnom radu. Značajan dio njihovog djelovanja je saradnja sa međunarodnim stručnim organizacijama.

**Sindikati** u koje su uključeni zdravstveni radnici svojim djelovanjem nastoje da se odgovarajuće vrednuje rad njihovih članova i za odgovarajuće uslove rada. Kroz postojeće oblike saradnje omogućava se prepoznavanje i rješavanje pojedinačnih teškoća sa kojima se srijeće pojedini dio civilnog društva.

Za **podršku** javno korisnom djelovanju civilnog društva treba poštovati načela različitosti i komplementarnosti, podsticati civilni dijalog i nezavisnost civilnog društva, mehanizme za izražavanje i saradnju, prilikom usvajanja pravnih i drugih akata na području zdravstvene zaštite.

Efikasni putevi komunikacije su preduslov za ispunjenje vizije, jer se pretpostavlja aktivna dvosmjerna komunikacija na području podizanja svijesti o značaju staranja za sopstveno zdravlje i uslugama sistema zdravstvene zaštite. U komunikaciju moraju biti uključeni stručna i zainteresovana javnost, ciljno društvo, svi stanovnici.

Prirodne nepogode, vanredna stanja, epidemije, pandemije i ratovi u velikoj mjeri onemogućuju postojeće komunikacione puteve, a istovremeno je u takvim situacijama zdravlje građana posebno ugroženo. Zbog toga je potrebno pripremiti planove komunikacija u vanrednim situacijama.

## 14. Rezime

Zdravstveno stanje stanovništva u Crnoj Gori, mjereno zdravstvenim indikatorima, je na nivou zemalja Istočne i Centralne Evrope. Po vrijednostima zdravstvenih indikatora zaostaje za većinom zemalja Evropske unije, zbog raznih uticaja kojima je bilo izloženo stanovništvo u nedalekoj prošlosti, kao i zbog slabije ekonomsko-socijalne situacije u Crnoj Gori. Iako opšta situacija u poslednjih nekoliko godina ima pozitivan trend, ne može se očekivati brzo poboljšanje osnovnih zdravstvenih indikatora.

Identifikovani osnovni problemi zdravstvenog sistema, koji imaju jači uticaj na zdravstvene indikatore i zdravlje stanovništva, proizilaze iz činjenice da na sekundarnom i tercijarnom nivou dominiraju kapaciteti i resursi, dok efikasnost i kvalitet zdravstvene zaštite nijesu bili prioritetni. Zbog toga se u sistemu pojavljuju neracionalnosti, usled čega sistem ne može da funkcioniše na koordiniran i integrisan način.

Osnovni problemi, koje treba postaviti kao prioritetne za rješavanje, su:

1. Postojanje raskoraka između utvrđenih prava iz zdravstvenog osiguranja i finansijskih mogućnosti da se ta prava zadovolje; nezadovoljavajuća dostupnost do zdravstvenih usluga u javnom sistemu i potreba definisanja usluga iz osnovnog paketa na sekundarnom i tercijarnom nivou.
2. Struktura zdravstvenih radnika je neadekvatna i ne odgovara očekivanjima i potrebama građana, broj nemedicinskih radnika u strukturi je veliki.
3. Potreba unaprijedjenja sistema kontrole i bezbjednosti zdravstvene zaštite, i kvaliteta prikupljanja podataka.
4. Potreba izmjene metoda plaćanja zdravstvenih usluga – zdravstvena služba se finansira prema kapacitetima a ne prema potrebama.
5. Potreba nastavka razvoja kvalitetnog informacionog sistema i na sekundarnom i tercijarnom nivou, u cilju dobijanja kvalitetnih podataka na nivou zdravstva, kao značajne alatke u upravljanju sistemom.
6. Integracija privatnog i javnog sektora, u cilju zadovoljenja potreba stanovništva za brzim i efikasnim zdravstvenim uslugama.

7. Razvoj aktivne dvosmjerne komunikacije na području podizanja svijesti o značaju staranja za sopstveno zdravlje i potrebama za uslugama u sistemu zdravstvene zaštite.

Iako su mnogi ciljevi zdravstvene politike tokom sprovođenja projekta reforme u značajnom stepenu dostignuti, poput razvijenosti i efikasnosti mreže zdravstvenih ustanova, posebno na primarnom nivou, uz raspoložive finansijske i kadrovske resurse, neophodno je i dalje praćenje, preispitivanje i postavljanje novih i viših ciljeva, uzimajući u obzir novonastale potrebe stanovništva. Ovdje se posebno ističe potreba za daljim nastavkom reformskih aktivnosti na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, uz stalno ubrzavanje procesa unapređenja kvaliteta, racionalizacije, optimizacije, upravljanja resursima, transparentnosti finansiranja i funkcionalne povezanosti javne i privatne zdravstvene službe za bolje funkcionisanje kvalitetnog zdravstvenog sistema i finansijsku održivost zdravstvene zaštite.

Osnovni cilj zdravstvene politike je očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva uz održivost sistema zdravstvene zaštite. Nadograđivanje preko stalnog procesa dijagnosticiranja i analize uzroka problema, postavljanja prioriteta i vremenskih rokova za odgovarajuće aktivnosti, do evaluacije za redefinisavanje određenih ciljeva. Prirodni status i evolucija zdravstvenih sistema je stalno nadograđivanje i unapređenje.