



Crna Gora

Ministarstvo zdravlja

PROJEKAT UNAPREĐENJA DOBROG UPRAVLJANJA U SISTEMU ZDRAVSTVA U CRNOJ GORI

Izrađeni dokument:

**STRATEGIJA ZA OPTIMIZACIJU SEKUNDARNOG I TERCIJARNOG
NIVOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE SA AKCIONIM PLANOM ZA
IMPLEMENTACIJU**

JUN 2011. GOD.

Sadržaj:

1. UVOD	6
2. REZIME I OSNOVNI PROBLEMI.....	8
3. PODRUČJA ZA REFORMSKE INTERVENCIJE	10
3.1 Generisanje resursa.....	10
3.1.1 <i>Kadar.....</i>	<i>10</i>
3.1.2 <i>Lijekovi i medicinska sredstva.....</i>	<i>12</i>
3.1.3 <i>Informacione tehnologije</i>	<i>15</i>
3.2 Pružanje usluga	19
3.2.1 <i>Mreža zdravstvenih ustanova</i>	<i>19</i>
3.2.2 <i>Osnovni paket usluga</i>	<i>50</i>
3.2.3 <i>Sistem obezbjeđivanja kvaliteta</i>	<i>52</i>
3.2.4 <i>Palijativna njega</i>	<i>56</i>
3.2.5 <i>Značaj procjene zdravstvenih tehnologija</i>	<i>57</i>
3.3 Finansiranje.....	60
3.3.1 <i>Situaciona analiza</i>	<i>60</i>
3.4 Funkcija upravljanja	67

SKRAĆENICE

Vlada - Vlada Crne Gore

IZJ - Institut za javno zdravlje

MF-Ministarstvo finansija

MZ- Ministarstvo zdravlja

FZ- Fond za zdravstveno osiguranje

KCCG- Klinički centar Crne Gore

ZS- Zdravstveni centar

RC- Referentni centar

Aranžman BOT - "izgradi-vodi poslovanje-prenesi vlasništvo"

Aranžman BOO -"izgradi-budi vlasnik-vodi poslovanje"

QA - quality assurance- obezbjeđivanje kvaliteta

Health Technology Assessment – HTA- zdravstvenih tehnologija

CAMIS – Agencija za lijekove i medicinska sredstva CG

ZIS – zdravstveni informacioni sistem

NPL- Nacionalna politika lijekova

1. UVOD

Crna Gora je svojim strateškim dokumentima prepoznala unapređenje i obezbjeđivanje zdravlja stanovništva kao glavni cilj u oblasti zdravstva, uz izgradnju održivog i integrisanog sistema zdravstvene zaštite zasnovanog na principima solidarnosti, jednakosti, dostupnosti i kvaliteta, sistema koji potrebama građana daje centralno mjesto.

Zdravstveno stanje stanovništva svake zemlje uslovljeno je dejstvom velikog broja faktora, među kojima se posebno izvajaju stil života, životna sredina i biloške karakteristike. Postizanje određenog nivoa zdravlja pojedinca, kao i društva u cjelini, direktno je uslovljeno uticajem zdravstvenog sistema i njegovih institucija na svim nivoima zdravstvene zaštite, kako javnih tako i privatnih zdravstvenih ustanova. Medicinske i farmaceutske tehnologije (uključujući lijekove) po prvi put u istoriji nude mogućnost uspješnog liječenja velikog broja zdravstvenih problema. Ovo podrazumijeva usmjeravanje prirodnog toka razvoja nekoliko bolesti i oboljenja koja su uzrok invalidnosti, na način koji obezbjeđuje uživanje smislenog i produktivnog života.

Od zdravstvenog sistema se očekuje da na kvalitetan i ažuran način odgovori potrebama građana za zdravstvenim uslugama, da riješi zdravstvene probleme koji se mogu izliječiti, i obezbijedi pružanje njege i zbrinjavanje, u slučajevima kada se bolest ne može izliječiti. Izazov koji se postavlja pred postojeći zdravstveni sistem je da bude što je moguće više efikasan, što podrazumijeva da treba da ostvari što je moguće bolje rezultate i postigne poboljšane zdravstvene ishode za sličan iznos sredstava.

Politike javnog zdravlja, koje kreiraju promjene ka zdravijim stilovima života, mogu empirijski pokazati svoju efikasnost u raznim oblastima, od kontrole upotrebe duvanskih proizvoda do procedura skrininga kod raka. Međutim, ukoliko zdravstveni sistem ne realizuje politiku javnog zdravlja na način da odgovori pružanjem usluga na adekvatan način ili ispod određenog nivoa, zdravstvene intervencije neće postizati predviđene rezultate, a pružanje neefektivnih usluga je uvijek neefikasno.

Troškovi zdravstvene zaštite u svijetu nastavljaju da rastu brže od nacionalnog dohotka. Posljednjih godina inicijative za prevazilaženje ovog problema su se uglavnom bazirale na zadržavanju određenog nivoa troškova. Međutim, umjesto koncentrisanja samo na smanjenje ukupnih troškova za zdravstvo, na međunarodnom nivou se ulažu značajni naponi kako bi se usvojio stav da povećano trošenje na efektivne zdravstvene usluge predstavlja doprinos produktivnijoj privredi i način je za unaprijeđenje zdravlja.

Donosioci odluka širom evropskog regiona daju prioritet poboljšanju zdravlja populacije koje je rezultat unaprijeđenog zdravstvenog sistema. Kombinovanjem funkcija zdravstvenog sistema može se poboljšati zdravlje stanovništva kroz: pružanje kvalitetnih i efektivnih usluga na način koje obezbjeđuje jednakost i odgovara potrebama pacijenata; pravično finansiranjem zdravstvene zaštite koje razdvaja plaćanje usluge od njihovog pružanja; investiranje u unaprijeđivanje zdravlja zaposlenih i inovativne tehnologije; i upravljanje zdravstvenim sistemom na način da se sve njegove funkcije odvijaju u pravcu realizacije glavnog strateškog cilja. Da bi ova poboljšanja bila održiva, kao i kod bilo koje druge proizvodne funkcije, inputi (ljudski resursi, infrastruktura, tehnologija, nabavke) moraju biti reorganizovani na način koji će omogućiti pružanje najefikasnijih procedura.

Kada je moguće opredijeliti više sredstava za zdravlje, dodatne investicije ili troškovi mogu biti opravdani u smislu ostvarivanja boljih ishoda liječenja i postignutih zdravstvenih rezultata, ali treba se truditi da se odabere najefikasniji način liječenja ili intervencije kada god su različite opcije dostupne.

U datim okolnostima, crnogorske zdravstvene institucije sa naslijeđenom organizacionom strukturom i načinom rada iz ranijeg perioda, te postavljenim rigidnim okvirima, teško mogu same da se reorganizuju kako bi obezbijedile pružanje adekvatne njege. Neefikasnost je uvijek rizik, a može biti i izvor neracionalnosti u upotrebi resursa.

Crna Gora se trenutno suočava sa takvim izazovima. Indikatori zdravstvenog stanja stanovništva su relativno niski u poređenju sa drugim zemljama, što zahtijeva fundamentalne izmjene u načinu organizacije pružanja zdravstvenih usluga, te podrazumijeva sveobuhvatnu transformaciju načina kako osnivači, menadžeri, stručnjaci, i svakako pacijenti se odnose prema zdravstvenom sistemu.

Iskustva drugih evropskih zemalja pokazuju da strateška vizija, dobro upravljanje i politička volja mogu suštinski transformisati sistem, čak i u uslovima nepovoljnije ekonomske situacije. Ovo podrazumijeva osmišljavanje integracije pružanja zdravstvenih usluga na različitim nivoima zdravstvene zaštite, jasno definisanje prava zdravstvenih radnika i pacijenata u novoutvrđenom sistemu, kao i načina implementacije takvih izmjena u uslovima strogo utvrđenog programa fiskalne stabilizacije čije efekte je moguće sagledati jedino u dužem vremenskom periodu.

Posebnu pažnju zavrijeđuje pitanje jednakosti. Jednakost se mora obezbijediti u pružanju efektivne zdravstvene njege populaciji sa sličnim zdravstvenim potrebama, što nije samo moralna obaveza već i zahtjev kako bi se obezbijedila efikasnost čitavog zdravstvenog sistema.

Konačno, zdravstveni sistem mora u isto vreme da postane konkurentniji, a u procesu evropskih integracija održavanje i razvijanje kapaciteta je bitno zbog izazove slobodnog protoka pacijenata u okviru Evropske unije.

Opšti ciljevi strategije su :

- unaprijeđenje kvaliteta i bezbjednosti zdravstvene zaštite i
- optimizacija bolničkog sektora kako bi se racionalizovalo korišćenje raspoloživih resursa i ostvarile uštede koje će biti **reinvestirane** u sistem zdravstva.

Indikatori strategije

MZ će pripremiti set indikatora na osnovu ključnih pitanja: čime raspolažemo? (resursi), šta radimo? (učinak ili proizvodnja uključujući kontrolu kvaliteta) i na kraju: šta postizemo (ishodi, rezultati, efikasnost).

- **Resursi (prihodi):** uključujući razvoj troškova po oblastima zdravstvene zaštite (primarna njega, bolnice i apoteke), po pružiocima, po regionima i po grupama pacijenata.
- **Učinak:** uključujući detaljnu aktivnost po oblastima zdravstvene zaštite (primarna njega i bolnice) koja zahtijeva međunarodno uporedne mjere koje su rezultat različitih slučajeva (npr.: DRG); po pružiocima (u cilju uvođenja poređenja referentnih mjerila); po regionima (u cilju procjene pravičnosti prilikom pristupa) i po grupi pacijenata (u cilju ocjene pravičnosti korišćenja pristupa, nr., sistemske kontrole liste čekanja). Kada je u pitanju Crna Gora, revizija kapaciteta sistema zdravstvene zaštite može biti relevantna za rješavanje problema sistema zdravstvene zaštite unutar države. To zahtijeva duboku sistemsku analizu aktivnosti zdravstvene zaštite koja je urađena u inostranstvu i karakterizaciju njenih različitih slučajeva.
- **Ishodi:** kao sredstvo za ocjenjivanje „vrijednosti za novac“ sistema zdravstvene zaštite. Procjena ishoda zahtijeva srednjeročnu do dugoročnu strategiju koja se zasniva na jačanju nacionalne zdravstvene statistike (mortalitet i morbiditet). Iako uticaj na mortalitet / morbiditet sistema zdravstvene zaštite nije direktan, mogu se koristiti prelazni indikatori kvaliteta, gdje bolnički mortalitet, ponovno prihvatanje i bolničke infekcije predstavljaju samo neke od primjera.

2. REZIME I OSNOVNI PROBLEMI

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. Loše zdravstveno stanje posledica je 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, zbog čega sistem ne može da funkcioniše na koordinirani i integrisani način. Osnovni problemi, koje treba postaviti kao prioritetne za rješavanje, su:

1. Postoji raskorak između utvrđenih prava iz zdravstvenog osiguranja i finansijskih mogućnosti da se zadovolje; veliki dio privatnih sredstava i postojanje neformalnih plaćanja ukazuje na nezadovoljavajuću dostupnost do zdravstvenih usluga u javnom sistemu – osnovni paket na sekundarnom i terciarnom nivou nije definisan.
2. Struktura zdravstvenih radnika je neadekvatna i ne odgovara očekivanjima i potrebama građana, broj nemedicinskih radnika u strukturi je veliki.
3. Nerazvijeni je sistem kontrole i bezbjednosti zdravstvene zaštite, nema kontrole obuhvatanja i kvaliteta registrovanih podataka.
4. Neadekvatan metod plaćanja zdravstvenih usluga i nejasan način finansiranja zdravstvenih ustanova – zdravstvena služba je finansirana prema kapacitetima a ne prema potrebama.
5. Nepostojanje kvalitetnog informacionog sistema zdravstva i drugih mehanizama za bolje upravljanje – bez kvalitetnih podataka nemoguće je efikasno voditi dobru zdravstvenu politiku, postavljanje prioriteta i alokaciju sredstava.
6. Privatno zdravstvo nije adekvatno regulisano i ne dopunjava mrežu javnog sistema na način, koji bi vodio do koordinirane i integrisane obrade zdravstvenih potreba stanovništva.
7. Veliki uticaj na zdravstvene indikatore stanovništva uvijek ima aktivna dvosmjerna komunikacija na području osvješćivanja o značaju staranja za sopstveno zdravlje i potrebama za uslugama u sistemu zdravstvene zaštite.

Iako su mnogi ciljevi zdravstvene politike na sekundarnom i terciarnom nivou zdravstvene zaštite u značajnom stepenu dostignuti, poput razvijenosti i efikasnosti mreže zdravstvenih ustanova uz raspoložive finansijske i kadrovske resurse, neophodno je i dalje praćenje, preispitivanje i postavljanje novih i viših ciljeva uzimajući u obzir novonastale potrebe stanovništva. Uz to je potrebno stalno ubrzavati proces 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 dijagnostifikovanja i analize uzroka problema, postavljanja prioriteta i vremenskih rokova za odgovarajuće aktivnosti do evaluacije za redefinisanje određenih ciljeva. Prirodni status i evolucija zdravstvenih sistema je stalno nadograđivanje i unapređenje!

3. PODRUČJA ZA REFORMSKE INTERVENCIJE

Unaprijeđenje sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite podrazumijeva intervencije u cilju jačanja osnovnih funkcija zdravstvenog sistema:

- resursi (kadrovi, IT, lijekovi),
- pružanje usluga (mreža/ integracija, paket, kvalitet, procjena tehnologija),
- finansiranje sistema zdravstvene zaštite (osnovni princip: plaćanje usluge v. plaćanja kapaciteta) i
- upravljanje.

Definisanje prioritetnih oblasti reforme obezbjeđuje osnovu za izbor optimalnih programa i aktivnosti za unaprijeđenja zdravlja stanovništva i obezbjeđivanje finansijski održivog i stabilnog sistema finansiranja zdravstvene zaštite.

3.1 Generisanje resursa

3.1.1 Kadar

Ljudski resursi, po pravilu, imaju centralnu ulogu u unaprijeđenju sektora zdravstva pod pretpostavkom/ukoliko su ispunjeni osnovni zahtjevi u pogledu stručnosti, opterećenosti/upošljenosti, njihovog obima i distribuiranosti.

U CG zdravstveni sistem je suočen sa značajnim novim izazovima poput staranja populacije, nove zdravstvene prijetnje, brzi razvoj tehnologija, narastajuća očekivanja građana, što se sve reflektuje na potrošnju u zdravstvu. Effikasan i efektivan zdravstveni kadar je pretpostavka pružanja kvalitetnog i uspješnog odgovora na ove izazove.

Dugi niz godina razvoj kadrovske politike u zdravstvu u Crnoj Gori pratio je razvoj infrastrukturnih kapaciteta, pri tome zanemarujući epidemiološku situaciju i potrebe stanovništva. Ovo je bio jedan od faktora koji su doprinijeli neefikasnosti ukupnog sistema zdravstva i umanjili njegovu sposobnost da na kvalitetan način odgovori izazovima novog doba. Jedna od osnovnih odlika zdravstvenog sistema jeste neiskorišćenost postojećeg kadrovskeg potencijala, usljed neadekvatne geografske distribuiranosti, i samim tim disperzije specijalnosti i sub specijalnosti, načina organizovanja posla dominantno usmjerenog ka ležećim bolesnicima i radu na odjeljenju i načina koncipiranja opisa poslova koji uzrokuje opterećenost specijalističkog kadra poslovima koji zahtijevaju niži stepen stručnost. Ova kadrovska politika se razvijala i implementirala bez obzira na raspoložive finansijske resurse, što je nakon dužeg niza godina rezultiralo sistemom niskih zarada i doprinjelo odsustvu zadovoljstva i motivacije kod zaposlenih. Jedna od osnovnih odlika odnosa između ljekara i pacijenta jesu diskreciona ovlašćenja na strani ljekara. U dosadašnjoj praksi ljekari su nerijetko koristili svoja diskreciona ovlašćenja kako bi povećali kvantitet i promijenili sadržaj usluga, s ciljem održavanja željenog nivoa svog dohotka.

Raspoloživi podaci ukazuju ne samo na neiskorišćenost kadra prevashodno u sledećim granama medicine – hirurgija, interna, pedijatrija, ginekologija ,već i na vrlo prisutan i izražen problem insuficijentnosti kod sledećih specijalnosti: anestziologija, radiologija, mikrobiologija i patologija.

Imajući na umu zabilježeni demografski trend u smislu starenja populacije koja će zaključno sa 2050 god. činiti 22,4 % u strukturi ukupne populacije (u odnosu na 13,4% danas), epidemiološku situaciju i činjenicu da populacija dominantno oboljeva i umire od hroničnih nezaraznih bolesti, procjena je da je postojeći kadar u zdravstvu dovoljan sa stanovišta obima i da će biti u stanju da odgovori zdravstvenim potrebama populacije ukoliko se ispostuje preporuka Master plana da u odnosu na broj zaposlenih i ukoliko po svojoj strukturi i profilu stručnih znanja i vjestina bude korespondirao profilu i tipu zdravstvenih potreba.

U cilju rješavanja problema neiskorišćenosti kadra i insuficijentnosti kadra u pojedinim granama medicine, neophodne su reformske intervencije u smislu:

- reorganizacije modela pružanja zdravstvene zaštite kako bi se unaprijedio stepen iskorišćenosti medicinskog kadra. Očekuje se da će integracija menadžerskih struktura i pratećih službi po nivoima doprinijeti i uspostavljanju balansa između medicinskog i nemedicinskog kadra kao odgovor na preporuku Master plana o smanjenju nemedicinskog kadra,
- redefinisanja koncepta rada sa prevashodnim usmjeravanjem na ambulantni rad i dnevne bolnice i
- kontinuiranog redefinisanja uloga zaposlenih u zdravstvu kako bi se zadovoljile potrebe osiguranika/pacijenata. Redefinisanje uloga zaposlenih podrazumijeva uvođenje nove prakse u ponašanju zaposlenog i preuzimanje novih obaveza koje su ranije obavljali drugi profili zaposlenih. Ovo redefinisanje bi pretpostavljalo razvijanje novih znanja i vještina. Osnovni razlog za redefinisanje uloga jeste unaprijeđenje efektivnosti i efikasnosti usluga koje se pružaju u okviru definisanih protokola.

Takođe, redefinisanjem uloga zaposlenih može se doprinijeti:

- unaprijeđenju dostupnosti uslugama, dijagnostici, liječenju,
- smanjenju vremena čekanja,
- obezbjeđivanju kvalitetne zdravstvene zaštite onda kada je pacijentu potrebna,
- efektivno upravljanju sve većeg obima posla,
- povećanju zadovoljstva i motivacije kod zaposlenih,
- boljim perspektivama za napredovanje u karijeri,
- obezbjeđivanju fleksibilnog kadra koji je u stanju da odgovori i zadovolji potrebe sistema i pacijenata,
- organizovanja i sprovođenja fokusiranih i ciljanih edukacija kako bi se obezbijedio dovoljan kadar u oblastima u kojima je zabilježen njegov deficit, kombinovano sa doedukacijom i kontinuiranom edukacijom naročito u cilju jačanja znanja i vjestina u oblasti hirurgije i interne medicine potrebnih za realizaciju javno – zdravstvenih programa (npr. kontrola kancera) i
- kontrolisanog odobravanja specijalizacija.

Takođe, neophodno je uskladiti nastavne planove i programe sa reformskim opredjeljenjima i potrebama zdravstvenog sistema, EU standardima i SZO preporukama.

Neophodno je razviti Nacionalni plan za razvoj kadrova u zdravstvu u CG, za period od 10 godina, koji će imati za cilj ostvarivanje jednakog pristupa kvalitetnim uslugama zdravstvene zaštite za sve i efektivan učinak zdravstvenog sistema kroz uravnoteženu distribuciju stručnog kadra.

Kroz realizaciju Nacionalnog plana za razvoj kadrova u zdravstvu u CG:

- Osiguraće se planiranje i razvoj kadrova u zdravstvu srazmjerno obimu i strukturi zdravstvenih potreba populacije,
- Omogućiće se efektivno i efikasno pružanje zdravstvenih usluga kao rezultat rješavanja pitanja obima, distribucije i skupa dobro strukturiranih vještina 'skill mix' zdravstvenog kadra,
- Unaprijediće se kvalitet edukacije i obuke kako bi se zadovoljile potrebe radne snage u pogledu vještina i razvoja u promjenjivim okruženjima pružanja usluga i
- Ojačaće se upravljanje i rukovođenje zdravstvenim kadrom kako bi se obezbjedilo pružanje programa i usluga koji su isplativi, zasnovani na dokazima i bezbjedni.

3.1.2 Lijekovi i medicinska sredstva

Lijekovi su vrlo važan segment zdravstvenog sistema, ne samo radi liječenja bolesti nego i radi visoke potrošnje raspoloživih sredstava u zdravstvu na lijekove. Danas u zemljama zapadne Evrope, gdje je uglavnom definisana politika i strategija u oblasti lijekova, na lijekove se troši 15% od ukupnih sredstava u zdravstvu, dok se u Crnoj Gori troši oko 25 % od ukupnog zdravstvenog budžeta.

Produžavanje životnog vijeka i promjene u načinu života dovode do porasta broja oboljelih od hroničnih oboljenja, pojavljuju se nova oboljenja, dolazi i do rezistencije na postojeće lijekove, a i do razvoja i pojave novih lijekova na tržištu. Sve zajednički doprinosi povećanju troškova za lijekove i rastućeg pritiska na postojeće zdravstvene resurse.

Uravnotežena potrošnja lijekova nije moguća bez jasne i čvrste politike i strategije u oblasti lijekova. Definisanje i implementacija Politike u oblasti lijekova, jedan je od ciljeva u reformi zdravstvenog sistema Crne Gore .

Nacionalna politika lijekova (NPL) je profesionalni i politički dokument koji definiše prioritetne ciljeve i zadatke farmaceutskog sektora kao i načine za njihovo postizanje.

Koncept nacionalne politike lijekova čiji je osnovni cilj usaglašavanje zdravstvenih potreba i ekonomskih mogućnosti, sadrži smjernice kako da se taj cilj postigne i pruža okvir za koordinaciju aktivnosti svih učesnika u oblasti lijekova.

Efikasno upravljanje farmaceutskim sektorom biće obezbijeđeno implementacijom nacionalne politike lijekova kroz definisanje i razvijanje četiri komponente:

- Politika-regulativa-zakonodavstvo,
- Dostupnost,
- Kvalitet, efikasnost i sigurnost i
- Racionalna upotreba lijekova.

Postojeći sistem

U Crnoj Gori postoji 170 privatnih i 42 državne apoteke, koje snabdijeva jedna državna veleprodaja - Montefarm i 43 privatne veleprodaje.

FZO refundira recepte koje realizuju državne apoteke ukoliko se lijek nalazi na Pozitivnoj listi. Privatne apoteke posluju samostalno, po principu naplaćivanja usluga. Ponekad se državni recept može realizovati u privatnim apotekama, u slučaju nestašice zaliha u državnim apotekama.

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (FZO) usvojio je listu lijekova sa generičkim (nezaštićenim) nazivima (480 generičkih naziva) sa Liste osnovnih lijekova SZO. Radna grupa sastavljena od farmakologa, kliničara, ekonomista i farmaceuta Fonda, dodaje ili briše lijek sa navedene liste. U ovom momentu je nejasan proces u kojem proizvođač dostavlja ponudu da se njegov lijek stavi na Pozitivnu listu.

Državne apoteke lijekovima sa Pozitivne liste snabdijeva državna veleprodaja Montefarm. Proizvođači se, preko veleprodaja, prijavljuju na godišnji tender za snabdijevanje Montefarma lijekovima sa Pozitivne liste. Bira se proizvođač sa najnižom cijenom po jedinici. CALIMS je nedavno dodala nekoliko uslova u pogledu kvaliteta kako bi se obezbijedili evropski standardi sertifikacije i kvaliteta.

Uobičajna praksa da se lijekovi koji se izdaju samo na recept prodaju bez recepta. To ima dalekosežne implikacije po javno zdravlje; pretjerana upotreba antibiotika kroz takav način prodaje umanjuje njihovu djelotvornost.

Prodaja lijekova koji se izdaju samo na recept kojima raspolažu državne apoteke može dovesti do nestašice i umanjiti povjerenje u državni sistem.

Trenutno raspoloživi podaci

I CALIMS i FZO prikupljaju podatke o upotrebi lijekova. Fond prikuplja podatke o receptima koji se izdaju u primarnoj zaštiti i realizuju u državnim apotekama direktno od ljekara i apoteka. CALIMS prikuplja podatke od svih veleprodaja o lijekovima koji se distribuiraju kako privatnim tako i državnim apotekama, domovima zdravlja i bolnicama.

CALIMS trenutno raspolaže samo podacima za finansijsku 2009-2010 godinu.

Sistemi obiluju podacima, ali su siromašni u pogledu informacija. Trenutno ne postoji mehanizam kojim bi CALIMS pružala povratnu informaciju o upotrebi lijekova stručnoj zajednici ili Komisiji za Pozitivnu listu.

Implementacija politike lijekova

1. Regulatorna/Zakonodavstvo

Transparentna i savremena regulatorna u oblasti lijekova podrazumijeva: Nacionalnu regulatornu harmonizovanu sa evropskom, sprovedenu kroz racionalne i transparentne kriterijume i procese, kako bi se ujednačili standardi i procedure i omogućila brza dostupnost kvalitetnih lijekova.

2. Dostupnost lijekova

Cilj dostupnosti lijekova je da svi esencijalni lijekovi moraju biti dostupni pacijentima u svako doba i u svim dijelovima zemlje i da pacijent radi finansijskih troškova ne bude lišen lijeka koji mu je potreban.

Zato je potrebno sprovesti aktivnosti u okviru komponenti koje doprinose ostvarivanju dostupnosti lijekova, a to su:

- sistem snabdijevanja (nabavka i distribucija) lijekova, uspostavljanje takvog sistema da je u svakom dijelu zemlje moguće snabdijevanje lijekovima kroz pravednu konkurenciju na tržištu kako ne bi bio narušen sistem dostupnosti lijekova,
- izbor esencijalnih lijekova, selekcija esencijalnih lijekova čini najvažniji dio politike lijekova, kao važan korak u obezbjeđivanju dostupnosti lijekova i značaja za osiguravanje racionalne farmakoterapije,
- obuhvat lijekova listama koje se finansiraju iz sredstava zdravstvenog osiguranja uskladiti sa finansijskim mogućnostima sistema zdravstvenog osiguranja,
- jasni i transparentni kriterijumi, za pripremu svih listi lijekova koje se finansiraju iz sredstava zdravstvenog osiguranja,
- sistemski regulisati način i postupak snabdijevanja lijekovima za liječenje rijetkih oboljenja,
- uvesti i razraditi mehanizme kontrole pridržavanja smjernica,
- farmako-ekonomske elemente i praktično uzimati u razmatranje prilikom donošenja odluka o uvrštavanju lijekova u liste lijekova,
- finansiranje lijekova- finansijska održivost zahtijeva balans između potražnje, koštanja i sredstava na raspolaganju. Kako su ta sredstva ograničena, važno je koristiti ih za zadovoljavanje najneophodnijih potreba odnosno važno je njihovo kost-efektivno korištenje.

Održiv sistem finansiranja lijekova podrazmijevaju između ostalog:

- takav sistem u kojem bi broj stanovnika koji su oslobođeni od participacije bio sveden na minimum, jer oslobađanje od participacije osiromašuje cjelokupan zdravstveni sistem,
- finansijskim učešćem pacijenata u troškovima za lijekove, kao i u ostalim troškovima tokom liječenja, povećava se dostupnost lijekova (širi se mogućnost izbora) kao i bolja kontrola upotrebe lijekova odnosno njihova upotreba postaje racionalnija,
- obuhvatiti sve građane sistemom zdravstvenog osiguranja tj. smanjivati na svaki način broj neosiguranih građana,
- podaci o upotrebi lijekova trebaju se učiniti dostupnim i doktorima koji su propisali terapiju, na uvid i kritičku, stručnu evaluaciju o propisivanju lijekova,
- potrebno je razvijati sistem praćenja potrošnje lijekova po raznim parametrima kao npr. po dobnim grupama, strukturi, kategorijama iz osiguranja i ostalim parametrima od značaja za racionalno trošenje sredstava,
- ljudski resursi - stručni kadrovi su najvažniji dio politike lijekova i
- razvoj ljudskih resursa koji uključuje odgovarajuće politike i strategije sa kojima će se osigurati dovoljan broj obučenog i motivisanog stručnog kadra koji će biti u stanju implementirati politiku lijekova

3. Kvalitet, efikasnost i sigurnost

Osigurati da lijekovi zadovoljavaju standarde kvaliteta, sigurnosti i efikasnosti. Regulatorno tijelo će regulisati lijekove na transparentan i racionalan način, prilagođen regionalnim i međunarodnim principima dobrih praksi.

Razvijati efikasne sisteme monitoringa lijekova (prikupljanje podataka, izvještavanje) u periodu nakon izdavanjadozvole za stavljanje lijeka u promet, u cilju procjene njihove efikasnosti i sigurnosti.

4. Racionalna upotreba lijekova

U medicinskom smislu, neracionalna upotreba lijekova vodi ka nepotrebim patnjama pacijenata, jatrogenim oboljenjima, prijemima na bolničko liječenje, povećanoj rezistenciji na antibiotike, ali i smrti. U ekonomskom smislu vodi ka velikim gubicima resursa i nedostupnosti esencijalnih lijekova.

Cilj racionalne upotrebe lijekova je obezbijediti racionalno propisivanje i korištenje lijekova kao i praćenja upotrebe lijekova. Ovaj cilj će se ostvariti kroz aktivnosti komponenti koje doprinose njenom ostvarivanju, a to su:

- informacije o lijekovima, klinički vodiči, komisije za lijekove i ljudski resursi,
- informacije o lijekovima- obezbijeđivanje adekvatne informacije podrazumijeva:
- postojanje uspostavljenog sistema informisanja zdravstvenih radnika i javnosti o aktuelnostima iz prakse i smjenicama o lijekovima, njihovoj dokazanoj efikasnosti i indikacijama, rizicima pri korištenju i pravilnoj upotrebi,
- uspostavljanje integrisanog farmaceutskog informacionog sistema koji omogućava ažurno praćenje svih bitnih pokazatelja u vezi sa prometom, nabavkom i distribucijom lijekova i medicinskih sredstava, koje je dio jedinstvenog informacionog zdravstvenog sistema,
- propisivanje, izdavanje i upotreba lijekova mora biti podvrgnuta monitoringu i evaluaciji.- neophodno je osnivanje Centra za lijekove ili odeljenja sa farmakoepidemiologiju i farmakoekonomiju pri institucijama sistema u CG koji bi prikupljao i analizirao najnovije informacije o lijekovima koje bi trebale biti dostupne svim zdravstvenim radnicima kao i pacijentima i koji bi predstavljao mjesto postojanja sveobuhvatne, kvalitetne baze podataka o lijekovima i njihovoj upotrebi,
- *klinički vodiči*- su sistematično pripremljeni stručni algoritmi -navedene preporuke moraju biti zasnovane na validnim kliničkim dokazima (medicina zasnovana na dokazima) u koje su uključene i farmakoekonomske analize,
- Vodiči se trebaju redovno revidirati u skladu sa novim naučnim saznanjima i iskustvima,
- *komisije za lijekove*- imaju ulogu i odgovornost za razvoj i koordinaciju svih politika bolnice koje se odnose na lijekove kao npr.izbor standardnih liječenja, bolničkog registra lijekova („hospital formularies“) i budžeta za lijekove i
- formirati listu rezervnih antibiotika (svaka bolnica za sebe).

3.1.3 Informacione tehnologije

Za obavljanje zdravstvene djelatnosti i upravljanje zdravstvenim sistemom, osim kadrova, prostora i opreme, potrebne su i informacije. **Informacija je ključni resurs zdravstvene djelatnosti.**

Korišćenje informacionih tehnologija predstavlja imperativ i pretpostavku uspješne reforme (modernog) zdravstvenog sistema i doprinose poboljšanju zdravstvene zaštite, boljem upravljanju i korišćenju zdravstvenih podataka i racionalnoj upotrebi raspoloživih resursa.

Svaka aktivnost, svaki događaj, svaki segment procesa, postupka i ishoda, vezan za zdravstvenu zaštitu mora biti registrovan, a u savremenom zdravstvu – zbog moguće primjene digitalizacije - sva ta zbivanja i postupci moraju biti ne samo evidentirani već i na odgovarajući način memorisani, da bi uvijek bili na raspolaganju upravljačima zakonom utvrđenih evidencija u zdravstvu tj. Institutu za javno zdravlje i onima koji su ovlašćeni da donose određene odluke i to počevši od kreatora zdravstvene politike koja donosi propise, utvrđuje koncepciju, prati provođenje i obavlja permanentni nadzor, preko zdravstvenih radnika, koji moraju znati šta, kako i kada je nešto urađeno u bilo kom segmentu sistema zdravstva što je vezano za pojedinca koji je predmet medicinske pažnje pa sve do osiguranja koje snosi troškove zdravstvene zaštite.

Vlada Crne Gore usvojila je 2009. god. Strategiju razvoja informacionog društva u Crnoj Gori 2009. - 2013. godine,, koja posebnu pažnju poklanja strategiji za eZdravlje. Buduci da je dotadasnji način korišćenja informacija bio krajnje neefikasan a zdravstvene informacije u trenutku korišćenja u velikoj mjeri zastarjele prepoznata je potreba izgradnje **integralnog informacionog sistema i definisanja platforme na kojoj bi se i privatni davaoci usluga uključivali u sistem i „dijelili“ informacije.**

Rješenja eZdravstva poboljšavaju napredak u zdravstvenoj djelatnosti, omogućavaju bolje upravljanje, širenje medicinskih znanja i pomažu razvoj zdravstvene djelatnosti (medicine) utemeljene na dokazima. Namijenjena su svim učesnicima u zdravstvu: pacijentima za pronalaženje pravih informacija u obliku koji njima odgovara, davaocima zdravstvenih usluga za pristup elektronskoj dokumentaciji pacijenta, koja nastaje u momentu kontakta sa pacijentom, upravljačima zdravstvenim podacima za obezbjeđenje dobre informacione osnove i kreatorima zdravstvene politike u donošenju, na dokazima, baziranih odluka u zdravstvenom sistemu, za pripremanje i korišćenje organizacionih i poslovnih informacija.

Strateški prioriteti za razvoj eZdravstva obuhvataju:

1. Uspostavljanje osnovne informacione infrastrukture u zdravstvu i stvaranje organizacionih, kadrovskih i tehnoloških preduslova za razvoj informacionog sistema, definisanje osnovne zbirke zdravstvenih i socijalnih podataka zbog uspostavljanja i vođenja elektronske dokumentacije o pacijentu, što će biti osnov za definisanje elektronskog zdravstvenog kartona,
2. Definisanje bezbjednosnih i tehnoloških standarda za bezbjednu komunikaciju, upravljanje i čuvanje podataka u zdravstvenom sistemu (medicinskih podataka),
3. Izgradnja integralnog informacionog sistema u zdravstvu i
4. Objedinjavanje svih zdravstvenih i socijalnih informacionih sistema u jedinstven informacioni sistem kroz izgradnju elektronskog portala.

Master planom razvoja zdravstva 2010-2013 razvoj telemedicine prepoznat je kao jedan od prioriteta u razvoju ZIS-a i u funkciji racionalizacije dijagnostičkih centara.

Očekuje se da će se korišćenjem savremenih informaciono-komunikacionih rješenja i tehnologija u oblasti dijagnostike (RTG i laboratorija) smanjiti troškovi 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.

Realizacija projekta teleradiologije u skladu sa Master planom predstavlja jedan od strateških prioriteta..

U tom smislu, realizovaće se sljedeći ciljevi:

- Modernizovaće se sistem zdravstvene zaštite primjenom odgovarajućih informacionih mreža elektronske zdravstvene dokumentacije i telemedicinskih tehnologija u dijelu u kojem to već nije realizovano,
- Opterećivanje bolničkog osoblja, ljekara i korisnika odgovarajućim ICT uslugama, alatima i aparatima, će biti smanjeno na najmanju moguću mjeru, što će sa druge strane stimulirati zdravstvene radnike na upotrebu računara u cilju poboljšanja efikasnosti rada,
- Promovisaće se zajednički naponi Vlade, zdravstvenih stručnjaka, agencija i međunarodnih organizacija za stvaranje pouzdane, blagovremene, visokokvalitetne i dostupne zdravstvene zaštite putem novih elektronskih usluga i zdravstvenih informacionih sistema,
- Poboljšanjem zajedničkih informacionih sistema će se unaprijediti procesi upozoravanja, praćenja i kontrole širenja lako prenosivih bolesti,
- Podstićaće se značaj i važnost stalne medicinske obuke, obrazovanja i istraživanja korišćenjem ICT-a vodeći računa o rodnoj jednakosti,
- Olakšavaće se pristup novim saznanjima u nauci i struci i sadržajima od lokalnog značaja radi podsticanja istraživanja u oblasti zdravstvene zaštite i programa prevencije,
- Podstićaće se pravilan odnos stanovništva ponudom visokokvalitetnih sadržaja o zdravim stilovima života i prevenciji bolesti na odgovarajućem mrežnom portalu,
- Poštovaće se i štiti prava građana na privatnost i bezbjednost podataka o njihovom zdravlju;
- Promovisaće se međunarodni standardi za razmjenu zdravstvenih podataka,
- Zdravstvena zaštita osetljivih grupa stanovništva, naročito žena i djece u udaljenim i nerazvijenim krajevima će biti poboljšana, uz prepoznavanje uloge žena kao čuvara zdravlja u njihovim porodicama i zajednicama i
- Aktivnosti će biti usmjerene na jačanje i širenje inicijative zasnovane na ICT-u za pružanje zdravstvene i humanitarne pomoći u slučaju katastrofa ili hitnih situacija.

Prateći strateške smjernice, tokom 2010 - 2011.god. Fond zdravstva CG razvio je i implementirao bolnički informacioni sistem u svih 7 opštih bolnica u Crnoj Gori, kao dio već izgrađenog integralnog informacionog sistema zdravstva, van koga se u ovom momentu nalazi KCCG, i 3 specijalne bolnice.

Opis stanja

Integralnim informacionim sistemom u Crnoj Gori je sada obuhvaćen Fond zdravstvenog osiguranja sa osnovnim podacima o pacijentima i ostvarivanju njihovih prava, primarna zdravstvena zaštita preko izabranog doktora sa podacima o registraciji pacijenata, apotekarska djelatnost u dijelu distribucije lijekova na recept, stomatološka zdravstvena zaštita za primarni nivo koja se obezbjeđuje putem realizacije kroz ugovore sa Fondom, svih 7 opštih bolnica u Crnoj Gori i ZHMP. Svi subjekti su podržani u poslovnim procesima za medicinski i poslovni dio. Ovakav način je jedinstven u regionu, a vjerovatno i šire i daje ogromne mogućnosti za sagledavanje slike o funkcionisanju zdravstvenog sistema. Obzirom da specijalne bolnice, KCCG i IJZ nijesu još uvijek dio ovog sistema to predstavlja prilično veliki nedostatak u analizi i procjeni funkcionisanja svih subjekata, ali i veliki izazov za naredni period u kojem se očekuje uključivanje i povezivanje svih segmenata.

Već sada su omogućeni podaci u elektronskom obliku koji mogu biti dostupni na bilo kom mjestu u integrisanom sistemu, a to su:

- osnovni podaci o osiguraniku uključujući između ostalog identifikacione podatke, ime, prezime, datum rođenja, osnov i status osiguranja, identifikacioni broj, adresu itd.,

- elektronski podaci o receptima – u Crnoj Gori funkcioniše sistem elektronskog propisivanja recepata i ti podaci obezbjeđuju mogućnost uvođenja digitalnog potpisivanja recepata, odnosno potpune digitalizacije procesa bez štampanja papirne kopije,
- podaci o preuzetim lijekovima u apoteci – omogućen je pristup podacima o lijekovima koji su propisivani osiguraniku kako bi ljekar imao sve informacije o korišćenju lijekova i eventualnim interakcijama,
- podaci o uputima sa primarnog na nivo opštih bolnica – omogućen je potpuni „digitalni dijalog” u vertikalnom i horizontalnom nivou u segmentima koji su dio integralnog sistema zdravstva, odnosno „dijalog” između davalaca na primarnom nivou, dijeljenje specijalističkih izvještaja otpusnih pisama i sl., kao i „dijalog” između bolnica o podacima o pacijentu,
- podaci o pruženim uslugama i učinku davalaca usluga.

Podaci iz elektronskog zdravstvenog kartona – integralni informacioni sistem na primarnom nivou u Crnoj Gori omogućava evidenciju svih podataka neophodnih za formiranje elektronskog zdravstvenog kartona. Elementi tog kartona trebaju biti definisani u skladu sa preporukama EU.

Neophodno je dalje razvijanje zdravstvenog informacionog sistema na sekundarnom i tercijarnom nivou, budući da postoji jasna potreba za blagovremenim dobijanjem, agregacijom i obradom podataka, koji su neophodni kao podrška u procesu upravljanja, planiranja i odlučivanja.

Takođe, neophodne su interevencije u cilju povezivanja preostalih institucija (Ministarstva zdravlja, Instituta za javno zdravlje, Agencije za lijekove...) u već izgrađen integralni informacioni sistem zdravstva. Kako Institut za javno zdravlje, kao ključna institucija u upravljanju nacionalnom zdravstvenom statistikom (Zakon o zbirkama podataka u obl. zdravstva) tj. monitoringu zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite populacije, još nije informatički integrisan u postojeći ZIS, to je otežavajuća okolnost za analizu i korišćenje postojećih podataka u sistemu na kvalitetan i ažuran način. U toku je rad na pripremi razvoja Informacionog sistema IJZ, koji bi povezivanjem na postojeći ZIS omogućio pravovremene i kvalitetnije podatke, a samim tim i upravljanje informacijama koje su neophodne donosiocima odluka u sistemu zdravstva.

Sljedeći koraci

1. Digitalizovati sve informacije u cjelokupnom sistemu zdravstva što će omogućiti permanentan i precizan uvid u sve postupke i radnje u sistemu zdravstva i obezbijediti kvalitetne podatke za upravljanje zdravstvenim sistemom.

a)Uključiti u postojeći sistem KCCG i specijalne bolnice, kao i omogućiti „digitalni dijalog“ između svih učesnika u sistemu. To će obezbijediti pristup podacima od strane svih institucija vodeći računa o njihovim potrebama i o odgovornosti za bezbjednost medicinskih informacija koje se generišu u sistemu;

b)Povezivanje Instituta za javno zdravlje na postojeći informacioni sistem, kako bi se automatski prikupljali podaci iz svih zdravstvenih ustanova, neophodni za vođenje zbirke podataka i registara bolesti kao i resursa u sistemu zdravstva, za svrhe planiranja i programiranja u sistemu zdravstvene zaštite i ostale propisane obaveze u zdravstveno-statističkom sistemu CG;

c) Obezbijediti jasna, nedvosmislena i primjenljiva pravila u vezi sa bezbjednošću i pristupom podacima, kako bi svi subjekti sistema nesmetano koristili informacioni sistem u skladu sa svojim potrebama i ovlaštenjima;

d) Raditi na stalnom poboljšanju i usavršavanju poslovnih procedura u sistemu zdravstva koje bi bile digitalno podržane, što će omogućiti podizanje kvaliteta usluge i bolje funkcionisanje sistema;

e) Obezbijediti uslove i stvoriti adekvatnu poslovnu klimu za primjenu stalnih edukacija kako u profesionalnom tako i u upravljačkom dijelu;

f) Uspostavljanje jedinstvenog sistema razmjene podataka između svih institucija sistema zdravstva (Ministarstva, Fonda, Instituta, Agencije za lijekove i davalaca usluga, koristeći informaciono komunikacione tehnologije i rješenja).

Ove institucije rade na obezbjeđenju izvođača za IS kroz projekat Unapređenja sistema zdravstva koji se odvija u okviru dodatnog finansiranja od strane SB.

3.2 Pružanje usluga

3.2.1 Mreža zdravstvenih ustanova

3.2.1.1 Planiranje bolničke zdravstvene zaštite i prikaz postojećih kapaciteta

Dosadašnja praksa u planiranju i organizovanju bolničke zdravstvene zaštite potvrđuje da su kapaciteti bili dominantna determinanta ovog procesa, pri čemu su profil i obim zdravstvenih potreba populacije bili zanemareni. Ovako koncipiran proces planiranja rezultirao je dupliranjem kapaciteta (kadrovskih, tehničkih, prostornih), njihovim neracionalnim i nedovoljnim korišćenjem.

Prikaz postojećih kapaciteta

Sadašnja Mreža javnih zdravstvenih ustanova organizovana je na tri nivoa pružanja zdravstvene zaštite. Mrežu javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore u 2010. godini sačinjavalo je 18 domova zdravlja, 7 opštih bolnica, 3 specijalne bolnice, Klinički centar Crne Gore (u daljem tekstu KC), IJZ i Apotekarska ustanova Crne Gore. Mrežu čine i Opšta bolnica Meljine i Institut za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju- Dr Simo Milošević", za dio kapaciteta, odnosno djelatnosti, u skladu sa zaključenim ugovorima sa Fondom.

Mrežu bolničkih kapaciteta čine:

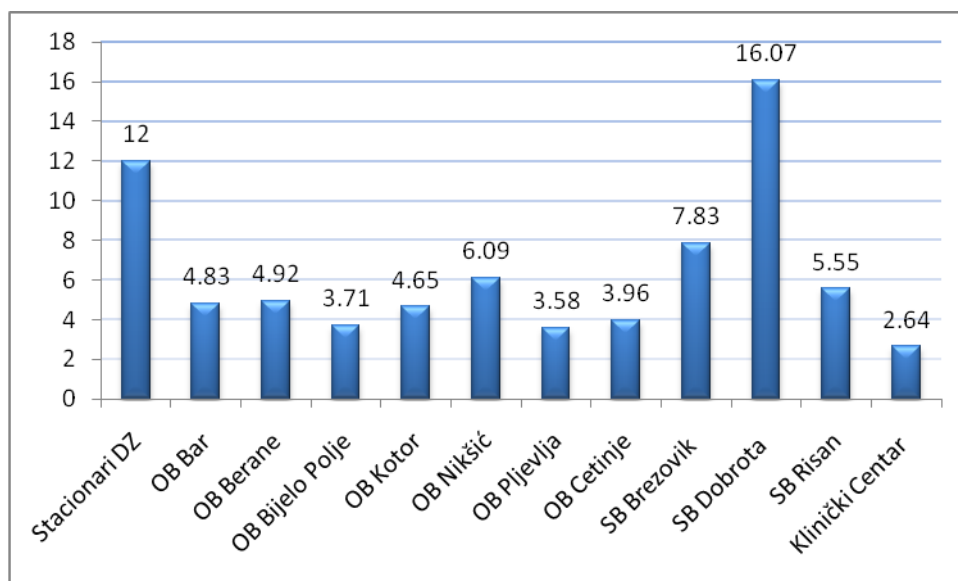
- 5 stacionara pri domovima zdravlja: DZ Plav, DZ Rožaje, DZ Mojkovac, DZ Nikšić i DZ Ulcinj
- 7 opštih bolnica (u daljem tekstu: OB), OB Bar (za gravitaciono područje Bara i Ulcinja), OB Berane (za gravitaciono područje Berana, Andrijevice, Rožaja i Plava), OB Bijelo Polje (za gravitaciono područje 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 CG, koji obavlja djelatnost opšte bolnice za gravitaciono područje Podgorice, Danilovgrada i Kolašina i predstavlja ustanovu tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite za čitavu Crnu Goru.

Prema podacima iz Zdravstveno-statističkih izvještaja Instituta za javno zdravlje na dan 31. 12. 2010. godine, ukupno je bilo 2.466 kreveta (ne računajući nestandardne postelje), od toga je bilo 1.110 standardnih kreveta namijenjenih opštim bolničkim kapacitetima, 96 kreveta bilo je u stacionarima domova zdravlja (u 2010. godini je u stacionarima bilo 96 kreveta u funkciji), i 504 standardnih kreveta u specijalnim bolnicama i 756 standardnih kreveta u KC. Na taj način je postignuta obezbijedenost od 3,92 kreveta na 1000 stanovnika, što je manje od prosjeka EU (5,29 na 1000 stanovnika-prema podacima WHO-HFA-DB iz 2008.).

Pregled bolničkih postelja po ustanovama sa pokazateljima broja postelja po doktoru sadržan je u Tabeli br. 1.

Tabela br.1 Pregled bolničkih postelja u Crnoj Gori u 2010. godini

JZU	Broj postelja	Broj lekara	Broj postelja po lekaru
Stacionari DZ	96	8	12.00
Opšte bolnice	1110	238	4.66
Bar	169	35	4.83
Berane	182	37	4.92
Bijelo Polje	141	38	3.71
Kotor	144	31	4.65
Nikšić	286	47	6.09
Pljevlja	93	26	3.58
Cetinje	95	24	3.96
Specijalne bolnice	504	55	9.16
SB za plućne bolesti i TBC Brezovik – Nikšić	141	18	7.83
SB za psihijatriju Dobrota-Kotor	241	15	16.07
SB za ortopediju, neurohirurgiju i neurologiju Risan*	122	22	5.55
Klinički centar * Crne Gore	756	286	2.64
UKUPNO	2466	587	4.20



Odnos broja postelja po ljekaru pokazuje neujednačenost po ustanovama od 3.58 postelja po ljekaru u Opštoj bolnici Pljevlja, do 12 postelja po ljekaru u stacionarima domova zdravlja (* Klinički centar se u ovom slučaju ne može komparirati jer pruža usluge i sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite).

Bolnički posteljni kapaciteti su planirani na osnovu normativa posteljnog fonda datih Master planom razvoja zdravstva Crne Gore za period 2005-2010 godine.

U tabeli br. 2 je prikazana distribucija posteljnih kapaciteta po gravitacionim područjima i po osiguraniku (Specijalne bolnice nisu uključene u komparaciju zbog toga što svojom specifičnom djelatnošću obuhvataju cijelu Crnu Goru.).

Tabela br. 2 Posteljni kapaciteti po gravitacionim područjima sa pokazateljem broja postelja na 1000 osiguranika

<i>Bolnice</i>	<i>Gravitaciono područje</i>	<i>Broj osiguranika u gravitacionom području</i>	<i>Broj postelja</i>	<i>Broj postelja na 1000 osiguranika</i>
OB Bar (ST DZ Ulcinj)	Bar, Ulcinj	63533	177	2.8
OB Berane (ST DZ Rožaje, DZ Plav)	Berane, Andrijevića, Rožaje, Plav,	79171	206	2.6
OB Bijelo Polje (ST DZ Mojkovac)	Bijelo Polje, Mojkovac	57377	156	2.7
OB Kotor	Kotor, Tivat, H.Novi	71735	144	2.0

Bolnice	Gravitaciono područje	Broj osiguranika u gravitacionom području	Broj postelja	Broj postelja na 1000 osiguranika
OB Nikšić (ST DZ Plužine)	Nikšić, Šavnik, Plužine	77298	291	3.8
OB Pljevlja	Pljevlja, Žabljak	36976	93	2.5
OB Cetinje	Cetinje, Budva	40049	95	2.4
<u>KCCG-Podgorica</u> *1	Podgorica, Kolašin, Danilovgrad	218794	756	3.5

U tabeli br. 2 se uočavaju značajne nejednakosti u broju postelja po osiguraniku i to u rasponu od 2 postelje na 1000 osiguranika u Kotoru, do 3.8 postelja na 1000 stanovnika u Nikšiću.

Takođe, zapaža se da u gravitacionom području OB Nikšić ima više postelja po osiguraniku nego u gravitacionom području KCCG- Podgorica iako pruža usluge sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvenih usluga za potrebe Crne Gore. Ovdje se *KCCG- Podgorica koristi samo u svrhu relativne komparacije, jer bi trebao da ima najviše postelja s obzirom da određeni broj postelja koristi na tercijarnom nivou za cijelu Crnu Goru.

Ljudski resurski

1. Medicinski kadar

Kada su ljudski resursi u pitanju, prema poslednjim trenutno dostupnim podacima iz 2009. godine u svim javnim ustanovama Crne Gore radilo je 7.934 radnika, od čega 5.717 medicinskih radnika i saradnika, dok su 2217 (27,94%) zaposlenih nemedicinske struke. Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra, zaposlenog u svim javnim službama u zdravstvenom sektoru bio je 2,57:1 (odnosno na 100 medicinskih radnika i saradnika radilo je 38 nemedicinskih).

Kad izdvojimo samo sekundarni i tercijarni nivo (zdravstveni stacionari, OB, SB i KC) na kraju 2009. godine je u javnim ustanovama Crne Gore radilo 4008 radnika. Od toga je bilo 2.947 medicinskih radnika i saradnika i 1.061 (26,47%) zaposlenih nemedicinske struke. Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra, zaposlenog na sekundarnom i tercijarnom nivou u javnim službama bio je 2,77:1 (odnosno na 100 medicinskih radnika i saradnika radilo je 36 nemedicinskih). Odnos medicinskog i nemedicinskog kadra nije povoljan i nije se značajnije promijenio u korist medicinskog, iako je Master Planom razvoja zdravstva 2005-2010 planirano značajnije smanjenje do 18% učešća nemedicinskog kadra u strukturi ukupno zaposlenih.

Prema poslednjim dostupnim podacima iz 2009. godine u Crnoj Gori je bilo 1309 ljekara u odnosu 2.04 ljekara na 1000 stanovnika što je značajno manje nego u zemljama EU (sa 3,28 ljekara na 1000 stanovnika prema podacima WHO-HFA-DB iz 2008).

U svim bolničkim ustanovama u Crnoj Gori je radilo u 2010 godini 587 ljekara i 1595 medicinskih sestara. Distribucija ljekara po bolničkim ustanovama prikazana je u Tabeli 1.

Planiranje ljudskih resursa u prethodnom periodu vršeno je na osnovu normativa izvedenih iz kapaciteta (Master Plan razvoja zdravstva 2005-2010. godina), a ne na osnovu procesa, ishoda rada i zadovoljenja stvarnih potreba stanovništva u smislu dostupnosti adekvatnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti.

Analiza iskorišćenosti ukupnih bolničkih kapaciteta (opterećenost kadrova u odnosu na potrebe)

Postojeća mreža je odraz primjene zastarjelog koncepta i modela planiranja koji je prevashodno / dominantno bio fokusiran na veličinu gravitacionog područja, zanemarujući strukturu profila i obim zdravstvenih potreba populacije.

Primjena ovakvog modela planiranja rezultirala je problemom u pogledu dostupnosti zdravstvenoj zaštiti što se potvrđivalo, između ostalog, ičkroz duge liste cekanja, kvaliteta i bezbjednosti pružene zdravstvene usluge i niskom stopom iskorišćenosti posteljnog fonda i opterećenosti ljekara, koja je značajno ispod nivoa stope iskorišćenosti bolničkih kapaciteta u zemljama EU.

U svim bolničkim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, u toku 2010. godine, registrovano je ukupno 80 457 hospitalizacija što daje stopu od 128,8 ispisanih bolesnika na 1000 stanovnika (domicilno stanovništvo). Ova stopa je značajno je niža u odnosu na zemlje Evropske Unije gdje se bilježi 177,7 ispisanih bolesnika na 1000 stanovnika (prema podacima WHO-HFA-DB iz 2008).

Analizom dijagnoza ispisanih pacijenata po MKB 10 klasifikaciji prepoznate su sljedeće grupe bolesti kao vodeće:

1. kardiovaskularne,
2. respiratorne,
3. metabolički poremećaji,
4. gastrointestinalni poremećaji i
5. neuroloski poremećaji.

Takođe, uočeno je da na nivou gravitacionih područja opštih bolnica postoje neznatne razlike u smislu učestalosti obolijevanja unutar najučestalijih grupa bolesti.

U cilju detaljnog i bližeg sagledavanja problema iskorišćenosti bolničkih kapaciteta, pažljivo je analiziran obim i struktura rada , kao i potrošnja reagenasa na / u:

1. odjeljenjima
 - hiruškog odjeljenja sa operacionim blokom (opšta hirurgija, ortopedija i urologija),
 - internog odjeljenja,
 - odjeljenja sa ginekologijom i akušerstva sa porođajnom salom i
 - odjeljenja za pedijatriju
2. pripadajućim ambulantomama i
3. dijagnostičkim službama.

Rad na odjelenju

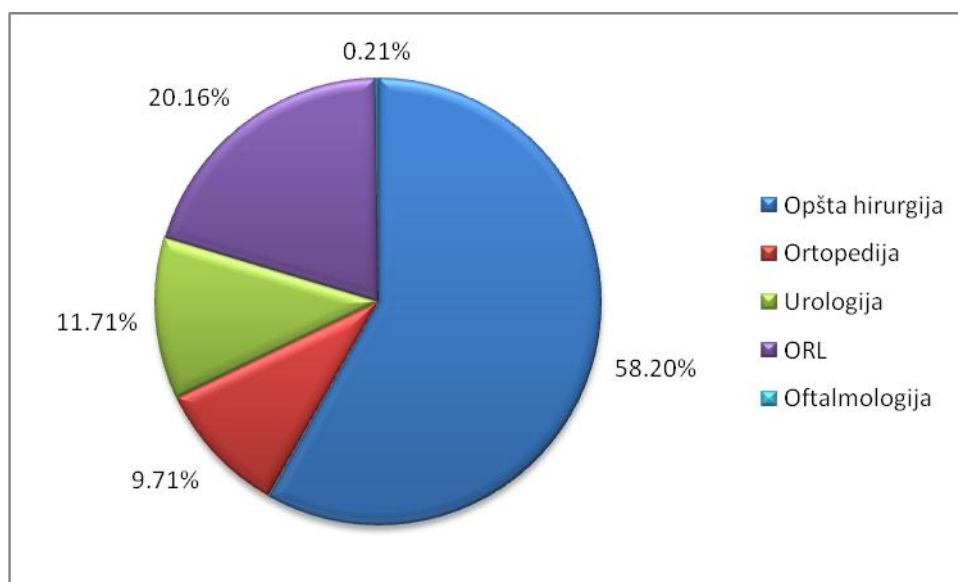
a) hirurške grane

Uvidom i analizom podataka o operativnim procedurama u bolničkim ustanovama došlo se do zaključka da na nacionalnom nivou postoje značajne neujednačenosti unutar specijalnosti i između specijalnosti.

Podaci ukazuju da na godišnjem nivou:

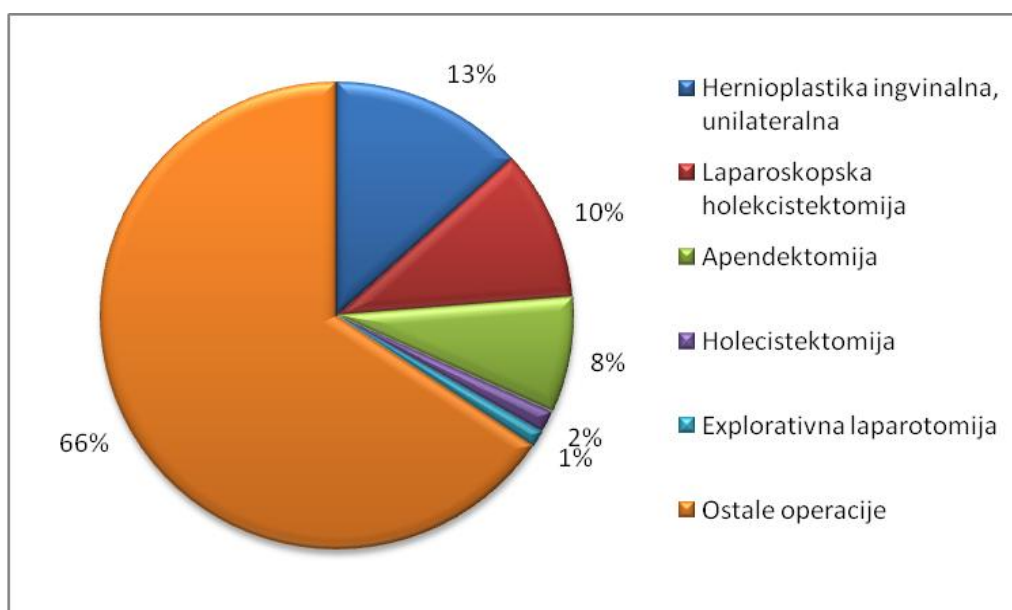
- opšti hirug obavi 63.6 – 156.8 operacija, odnosno 107 operacija u prosjeku
- ortoped obavi 35 – 160 operacija, odnosno 99 operacija u prosjeku
- urolog obavi 51 – 142.5 operacija, odnosno 89.5 operacija u prosjeku

UKUPNO OPŠTE BOLNICE				
Odjeljenja	broj operacija	broj ljekara	broj operacija po ljekaru	broj operacija po ljekaru/dan
Opšta hirurgija	3559	33	107.85	0.30
Ortopedija	594	6	99	0.27
Urologija	716	8	89.5	0.25
ORL	1233	8	154.13	0.42
Oftalmologija	13	2	6.5	0.02
Ukupno	6115	57	107.28	0.29



Analizom podataka o najučestalijim operativnim procedurama, utvrđeno je da je udio rutinskih operativnih procedura iz domena opšte hirurgije u ukupnom broju operacija značajan i iznosi 34 %.

Opšta hirurgija	broj	%
	operacija	učešća
Hernioplastika ingvinalna, unilateralna	474	13.32
Laparoskopska holekcistektomija	371	10.42
Apendektomija	284	7.98
Holecistektomija	53	1.49
Explorativna laparotomija	41	1.15
Ostale operacije	2336	65.64
Ukupno	3559	100



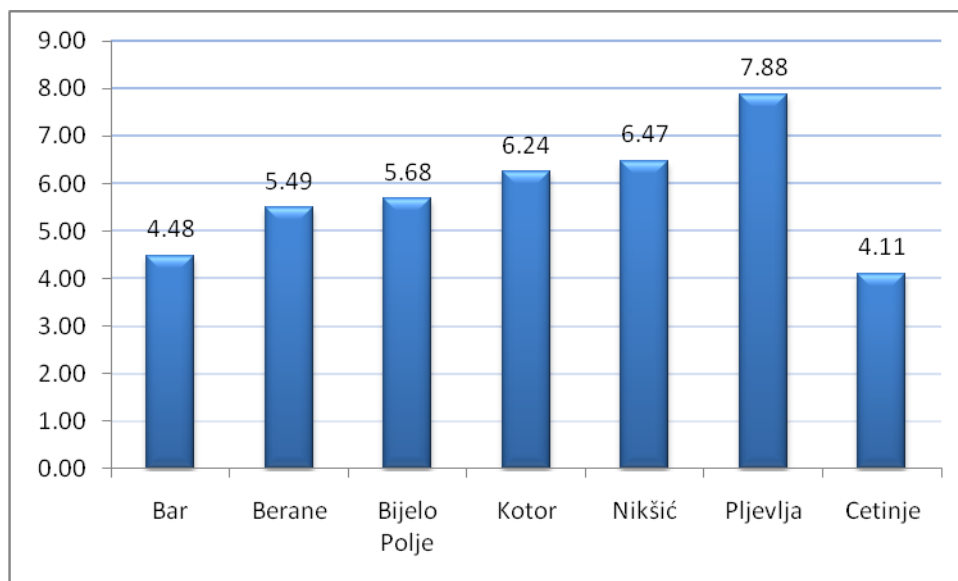
Ovo dodatno potencira problem neiskorišćenosti kadra – opštih hirurga i dugoročno posmatrano, negativno se odražava na stručnost kadra, kvalitet i dostupnost zdravstvenih usluga i bezbjednost pacijenta.

Podaci o broju dnevno ležećih pacijenata na odjeljenjima: interno, pedijatrija i ginekologija (uključujući i broj porođaja), takođe, ukazuju na nisku stopu iskoriscenosti.

1. Hirurgija

1.1 Opšta hirurgija

JZU	Broj lekara opšte hirurgije	Broj pacijenata na opštoj hirurgiji	Broj pacijenata po lekaru opšte hirurgije	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po lekaru opšte hirurgije
Opšte bolnice					
Bar	7	2191	313.00	31.38	4.48
Berane	6	1432	238.67	32.93	5.49
Bijelo Polje	3	753	251.00	17.03	5.68
Kotor	4	1046	261.50	24.96	6.24
Nikšić	5	1289	257.80	32.34	6.47
Pljevlja	4	962	240.50	31.52	7.88
Cetinje	4	769	192.25	16.43	4.11
UKUPNO	33	8442	255.82	26.65	0.81



1.2 Ortopedija

JZU	Broj ortopeda	Broj pacijenata na ortopediji	Broj pacijenata po ortopedu	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po ortopedu
Opšte bolnice					
Bar	1	103	103.00	1.99	1.99
Berane	1	220	220.00	7.41	7.41
Bijelo Polje	2	255	127.50	9.96	4.98
Kotor	0	0	0.00	0	0.00
Nikšić	2	355	177.50	12.43	6.22
Pljevlja	1	0	0.00	0	0.00
Cetinje	0	0	0.00	0	0.00
UKUPNO	7	933	133.29	4.54	0.65

1.3 Urologija

JZU	Broj urologa	Broj pacijenata na urologiji	Broj pacijenata po urologu	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po urologu
Opšte bolnice					
Bar	2	380	190.00	6.57	3.29
Berane	1	193	193.00	3.86	3.86
Bijelo Polje	1	281	281.00	6.47	6.47
Kotor	2	335	167.50	5.47	2.74
Nikšić	2	479	239.50	11.68	5.84
Pljevlja	1	0	0.00	0	0.00
Cetinje	0	0	0.00	0	0.00
UKUPNO	9	1668	185.33	4.86	0.54

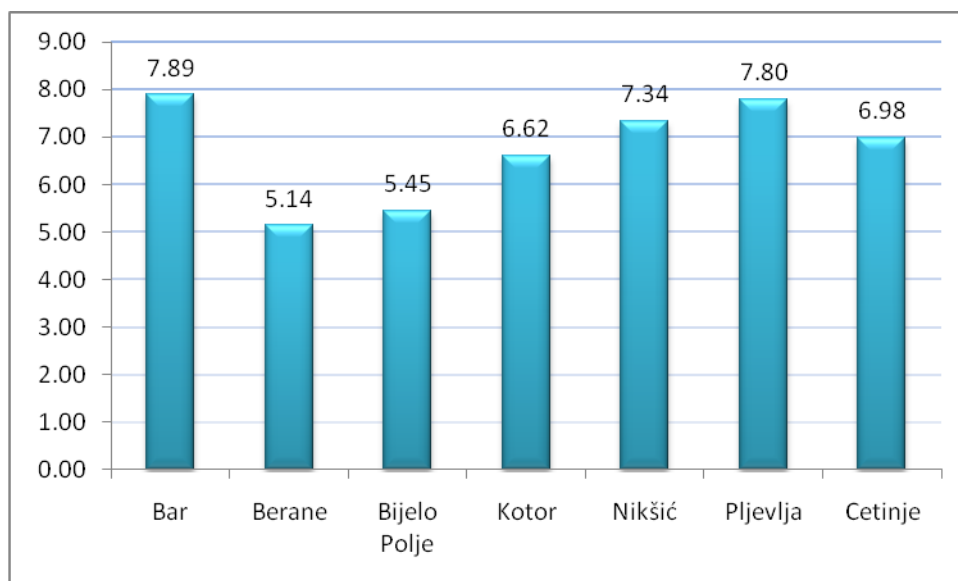
1.4 ORL

JZU	Broj ORL	Broj pacijenata na ORL	Broj pacijenata po ORL	Dnevni prosjek broja lezecih pacijenata	Dnevni prosjek broja lezecih pacijenata po ORL
Opšte bolnice					
Bar	2	0	0.00	0	0.00
Berane	2	122	61.00	0.84	0.42
Bijelo Polje	2	220	110.00	4.06	2.03
Kotor	2	0	0.00	0	0.00
Nikšić	2	251	125.50	4.63	2.32
Pljevlja	1	0	0.00	0	0.00
Cetinje	2	0	0.00	0	0.00
UKUPNO	13	593	45.62	1.36	0.10

2. Interna medicina

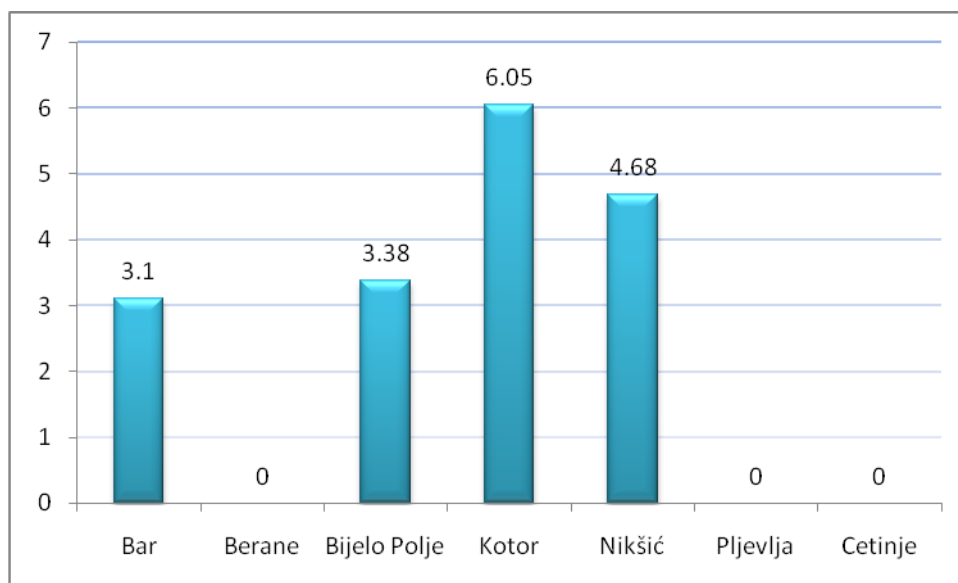
2.1 Opšta interna medicina, koronarna i metabolička jedinica

JZU	Broj ljekara interne medicine	Broj pacijenata na opštoj internoj medicini, koronarnoj jedinici i metaboličkoj jedinici	Broj pacijenata po ljekaru interne medicine	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po ljekaru interne medicine
Opšte bolnice					
Bar	7	2119	302.71	55.22	7.89
Berane	9	1480	164.44	46.25	5.14
Bijelo Polje	6	1090	181.67	32.72	5.45
Kotor	6	2196	366.00	39.7	6.62
Nikšić	5	1108	221.60	36.72	7.34
Pljevlja	4	1273	318.25	31.20	7.80
Cetinje	4	1073	268.25	27.93	6.98
UKUPNO	41	10339	252.17	38.53	0.94



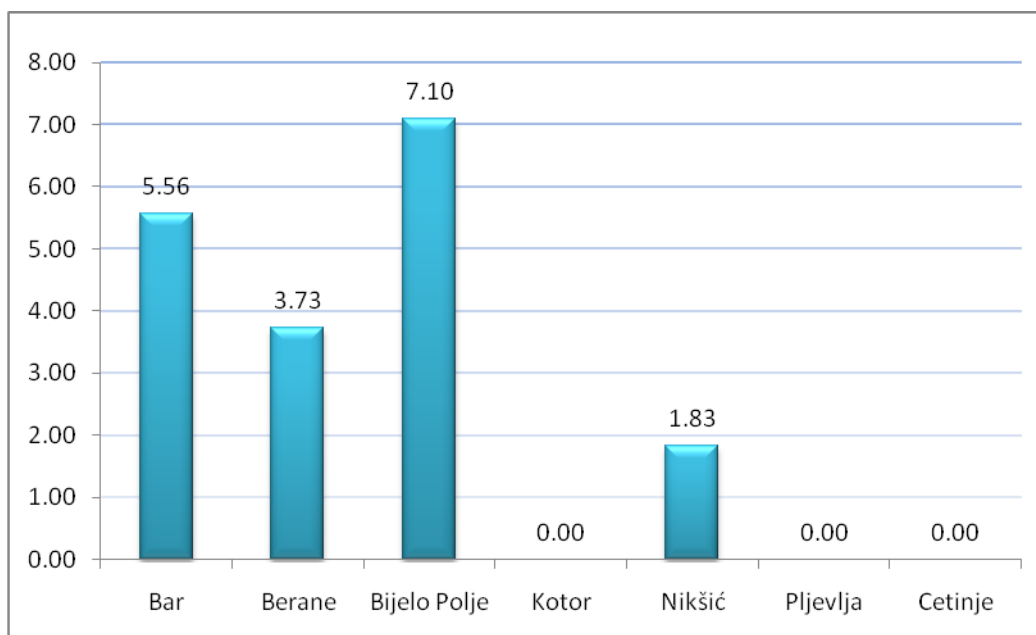
2.2 Infektivne bolesti

JZU	Broj Specijalista Infektologije na internom odjeljenju	Broj pacijenata od infektivnih bolesti na internom odjeljenju	Broj pacijenata po Specijalisti Infektologije	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po Specijalisti Infektologije
Opšte bolnice					
Bar	1	0	0	3.1	3.1
Berane	1	0	0	0	0
Bijelo Polje	1	125	125	3.38	3.38
Kotor	1	271	271	6.05	6.05
Nikšić	2	472	236	9.36	4.68
Pljevlja	1	0	0	0	0
Cetinje	0	0	0	0	0
UKUPNO	7	868	124	3.13	0.45



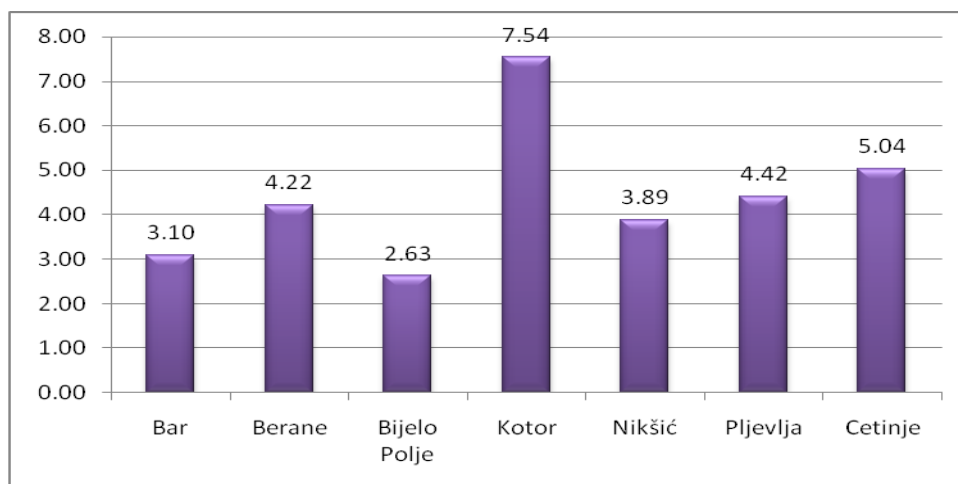
2.3 Psihijatrija i neurologija

JZU	Broj psihijatara i neurologa na internom odjeljenju	Broj pacijenata na psihijatriji i neurologiji na internom odjeljenju	Broj pacijenata po psihijatru / neurologu	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po psihijatru / neurologu
Opšte bolnice					
Bar	1	191	191.00	5.56	5.56
Berane	1	164	164.00	3.73	3.73
Bijelo Polje	1	283	283.00	7.1	7.10
Kotor	0	0	0.00	0	0.00
Nikšić	6	459	75.50	10.95	1.83
Pljevlja	0	0	0.00	0.00	0.00
Cetinje	0	0	0.00	0	0.00
UKUPNO	9	1097	121.89	3.91	0.43



3. Pedijatrija

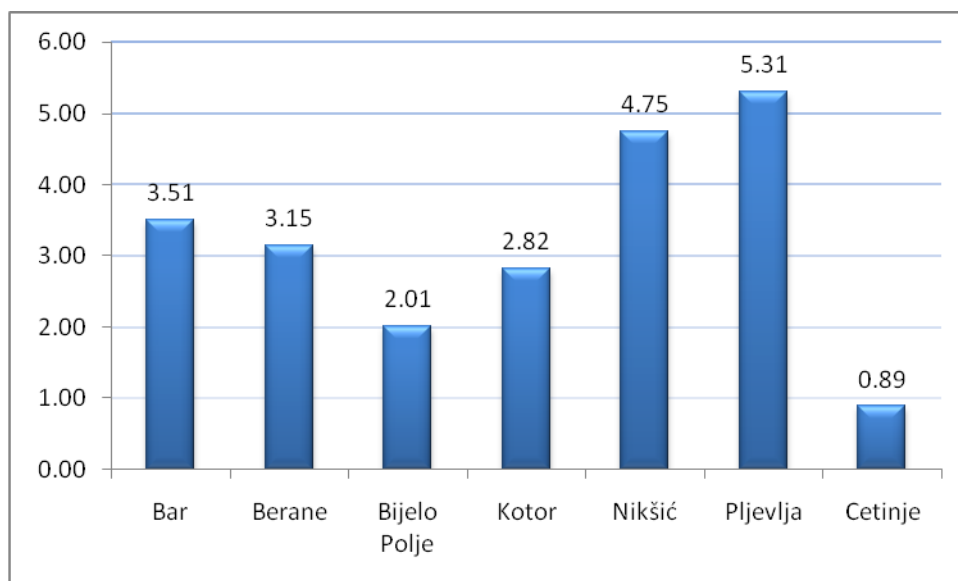
JZU	Broj ljekara pedijatarata	Broj pacijenata na pedijatriji	Broj pacijenata po pedijatru	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po pedijatru
Opšte bolnice					
Bar	4	801	200.25	12.39	3.10
Berane	4	948	237.00	16.88	4.22
Bijelo Polje	4	461	115.25	10.5	2.63
Kotor	3	1242	414.00	22.62	7.54
Nikšić	4	646	161.50	15.56	3.89
Pljevlja	2	433	216.50	8.83	4.42
Cetinje	2	544	272.00	10.08	5.04
UKUPNO	23	5075	220.65	13.84	0.60



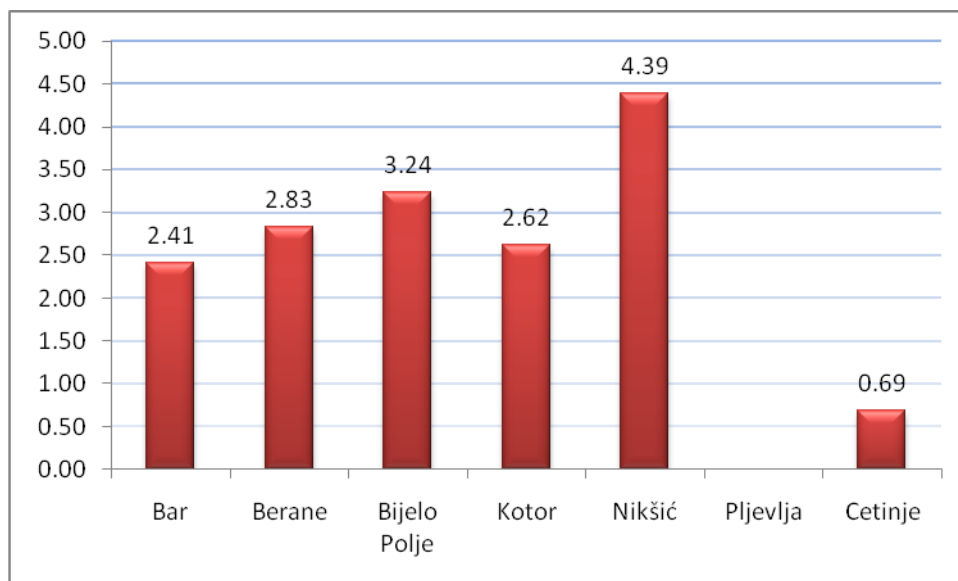
4. Ginekologija i akuserstvo

JZU	Broj ginekologa	Broj pacijenata na ginekologiji i akuserstvu	Broj pacijenata po ginekologu	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata	Dnevni prosjek broja ležećih pacijenata po ginekologu
Opšte bolnice					
Bar	5	885	177.00	17.55	3.51
		669	133.80	12.05	2.41
Berane	5	696	139.20	15.75	3.15
		821	164.20	14.13	2.83
Bijelo Polje	4	380	95.00	8.04	2.01
		645	161.25	12.96	3.24
Kotor	4	394	98.50	11.29	2.82
		629	157.25	10.48	2.62
Nikšić	3	535	178.33	14.25	4.75
		917	305.67	13.16	4.39
Pljevlja	2	461	230.50	10.61	5.31
Cetinje	6	345	57.50	5.36	0.89
		313	52.17	4.11	0.69
UKUPNO	29	3696	127.45	11.84	0.41
		3994	137.72	11.15	0.38

4.1 Ginekologija



4.2 Akušerstvo



- I u ovim granama medicine zabilježen je nizak procenat iskorišćenosti

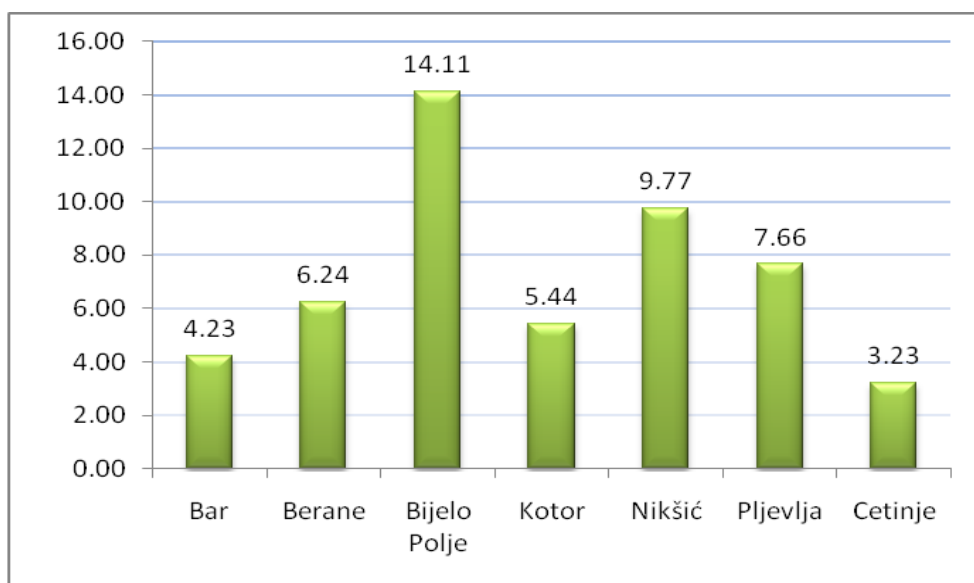
Analiza rada u ambulanzama

Analizom rezultata ambulantnog rada svih specijalnosti u opštim bolničkim ustanovama u CG doslo se do zaključka da je broj realizovanih pregleda neujednacen kao i da postoji znacajan prostor za povecanje opterećenosti ljekara u ambulantnom radu.

1. Hirurgija

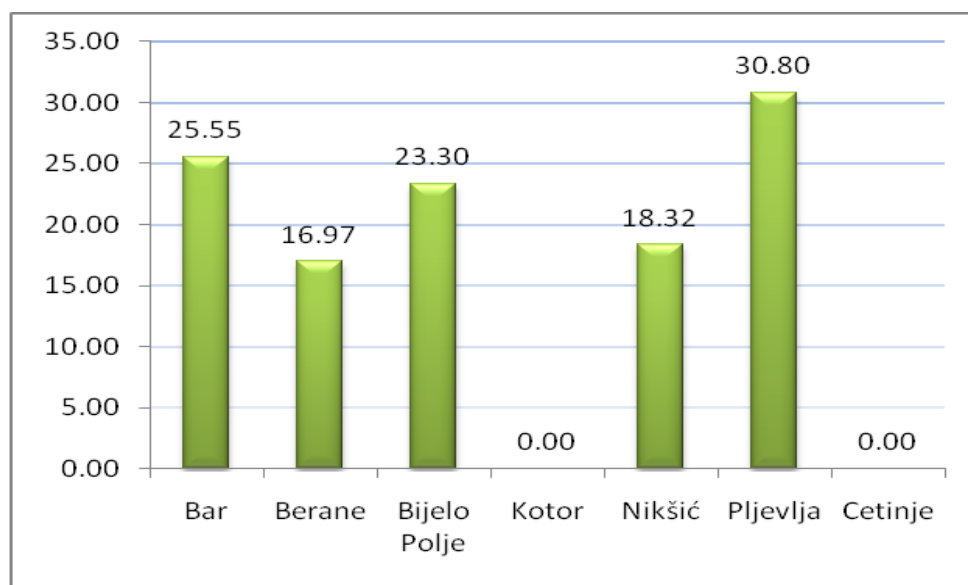
1.1 Opšta hirurgija

JZU	Broj opštih hirurga	Broj pregleda na opštoj hirurgiji	Broj pregleda po opštem hirurgu	Dnevni broj pregleda po opštem hirurgu
Opšte bolnice				
Bar	7	6818	974.00	4.23
Berane	6	8609	1434.83	6.24
Bijelo Polje	3	9737	3245.67	14.11
Kotor	4	5004	1251.00	5.44
Nikšić	5	11231	2246.20	9.77
Pljevlja	4	7047	1761.75	7.66
Cetinje	4	2969	742.25	3.23
UKUPNO	33	51415	1558.03	6.77



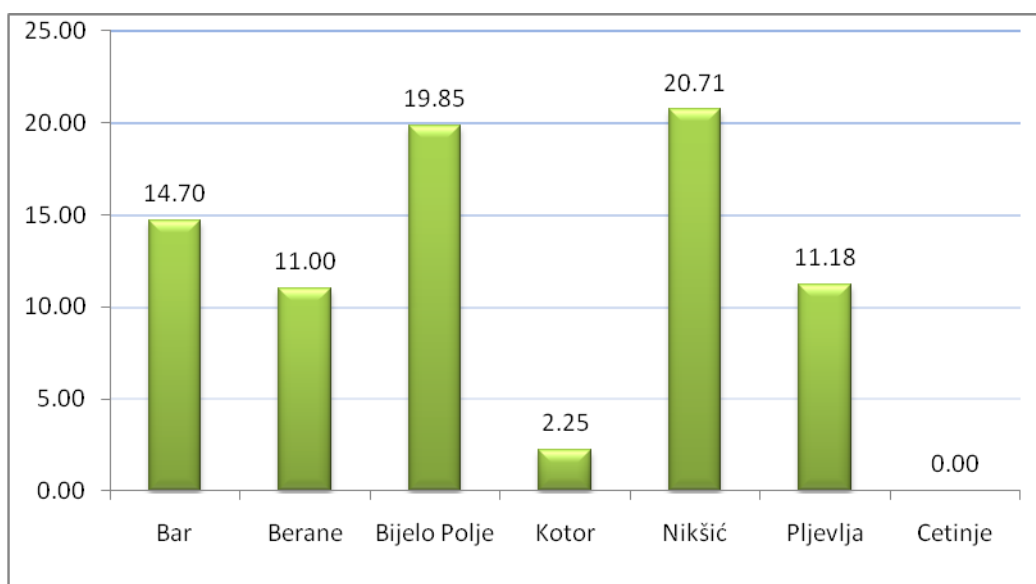
1.2 Ortopedija

JZU	Broj ortopeda	Broj pregleda na ortopediji	Broj pregleda po ortopedu	Dnevni broja pregleda po ortopedu
Opšte bolnice				
Bar	1	5876	5876.00	25.55
Berane	1	3903	3903.00	16.97
Bijelo Polje	2	10718	5359.00	23.30
Kotor	0	0	0.00	0.00
Nikšić	2	8428	4214.00	18.32
Pljevlja	1	7083	7083.00	30.80
Cetinje	0	0	0.00	0.00
UKUPNO	7	36008	5144.00	22.37



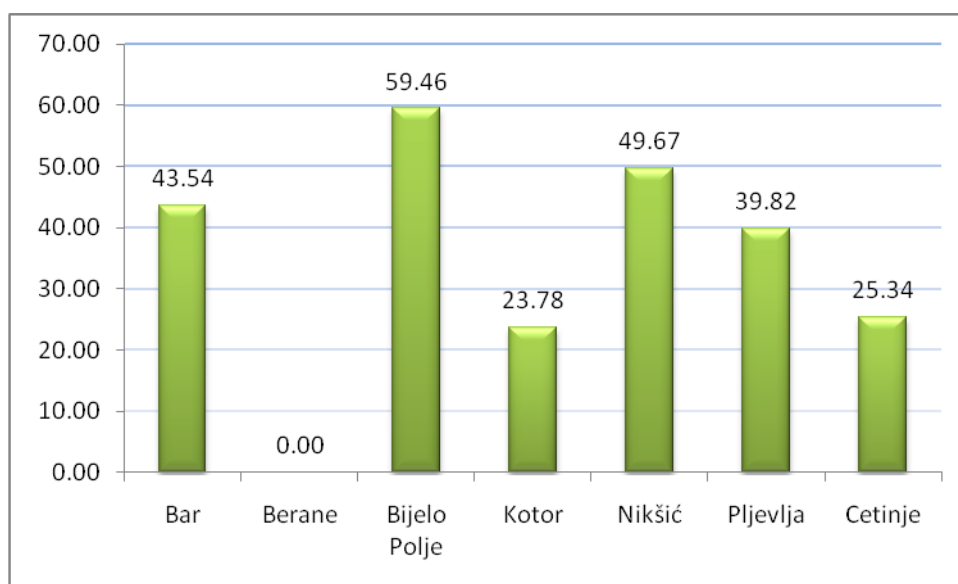
1.3 Urologija

JZU	Broj urologa	Broj pregleda na urologiji	Broj pregleda po urologu	Dnevni broja pregleda po urologu
Opšte bolnice				
Bar	2	6764	3382.00	14.70
Berane	1	2531	2531.00	11.00
Bijelo Polje	1	4565	4565.00	19.85
Kotor	2	1033	516.50	2.25
Nikšić	2	9528	4764.00	20.71
Pljevlja	1	2572	2572.00	11.18
Cetinje	0	0	0.00	0.00
UKUPNO	9	26993	2999.22	13.04



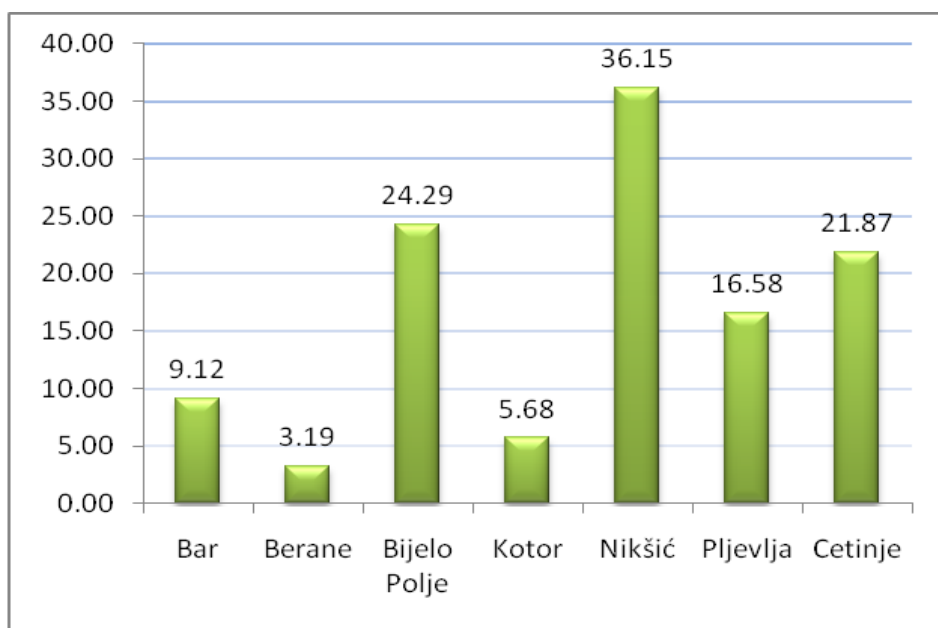
1.4 Oftamologija

JZU	Broj oftamologa	Broj pregleda na oftamologiji	Broj pregleda po oftamologu	Dnevni broj pregleda po oftamologu
Opšte bolnice				
Bar	1	10014	10014.00	43.54
Berane	0	0	0.00	0.00
Bijelo Polje	1	13675	13675.00	59.46
Kotor	2	10938	5469.00	23.78
Nikšić	2	22848	11424.00	49.67
Pljevlja	1	9159	9159.00	39.82
Cetinje	2	11655	5827.50	25.34
UKUPNO	9	78289	8698.78	37.82



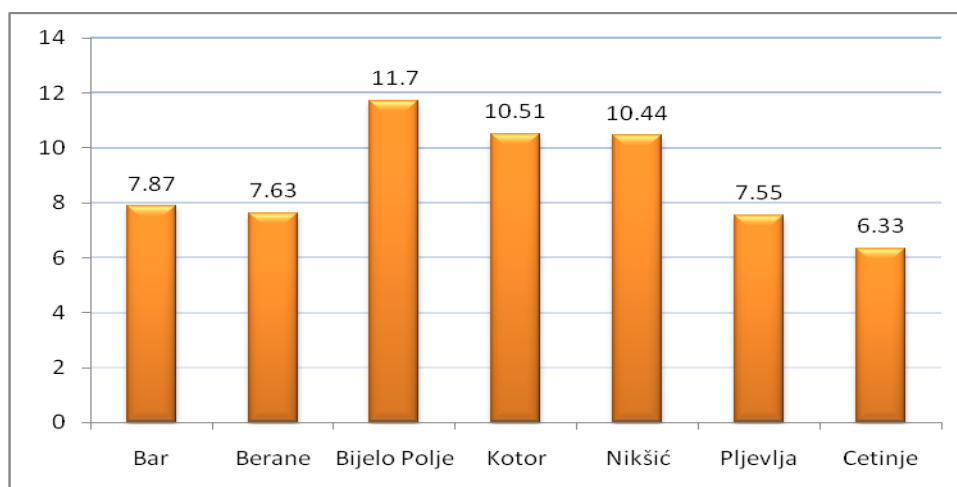
1.5 ORL

JZU	Broj ORL	Broj pregleda na ORL	Broj pregleda po ORL	Dnevni broj pregleda po ORL
Opšte bolnice				
Bar	2	4194	2097.00	9.12
Berane	2	1467	733.50	3.19
Bijelo Polje	2	11175	5587.50	24.29
Kotor	2	2611	1305.50	5.68
Nikšić	2	16627	8313.50	36.15
Pljevlja	1	3814	3814.00	16.58
Cetinje	2	10058	5029.00	21.87
UKUPNO	13	49946	3842.00	16.70



2. Interna ambulanta (interna medicina, kardiologija, endokrinologija, nefrologija, pulmologija, gastroenterologija)

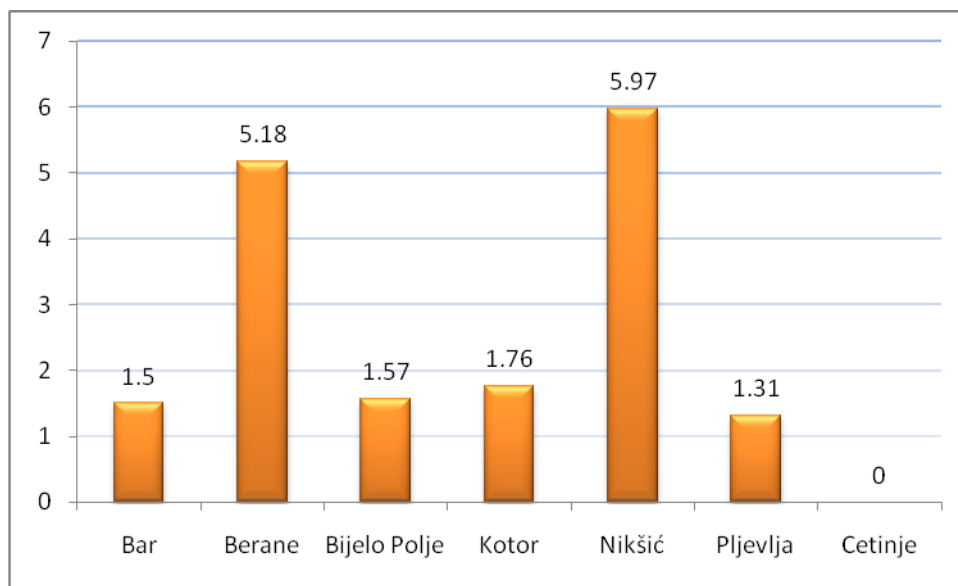
JZU	Broj lekara	Broj pregleda	Broj pregleda po lekaru	Dnevni broj pregleda po lekaru
Opšte bolnice				
Bar	7	12675	1810.71	7.87
Berane	9	15795	1755.00	7.63
Bijelo Polje	6	16144	2690.67	11.70
Kotor	6	14509	2418.17	10.51
Nikšić	5	12001	2400.20	10.44
Pljevlja	4	6946	1736.50	7.55
Cetinje	4	5826	1456.50	6.33
UKUPNO	41	83896	2046.24	8.90



2.1 Ambulanta infektologa

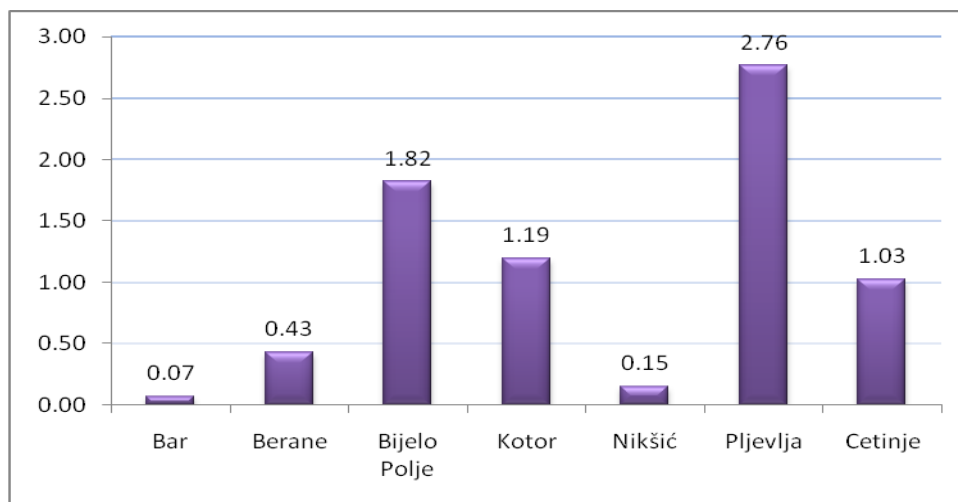
JZU	Broj lekara	Broj pregleda	Broj pregleda po lekaru	Dnevni broj pregleda po lekaru
Opšte bolnice				
Bar	1	345	345.0	1.50
Berane	1	1191	1191.0	5.18
Bijelo Polje	1	360	360.0	1.57
Kotor	1	405	405.0	1.76

Nikšić	2	2744	1372.0	5.97
Pljevlja	1	301	301.0	1.31
Cetinje	0	0	0.0	0.00
UKUPNO	7	5346	763.7	3.32



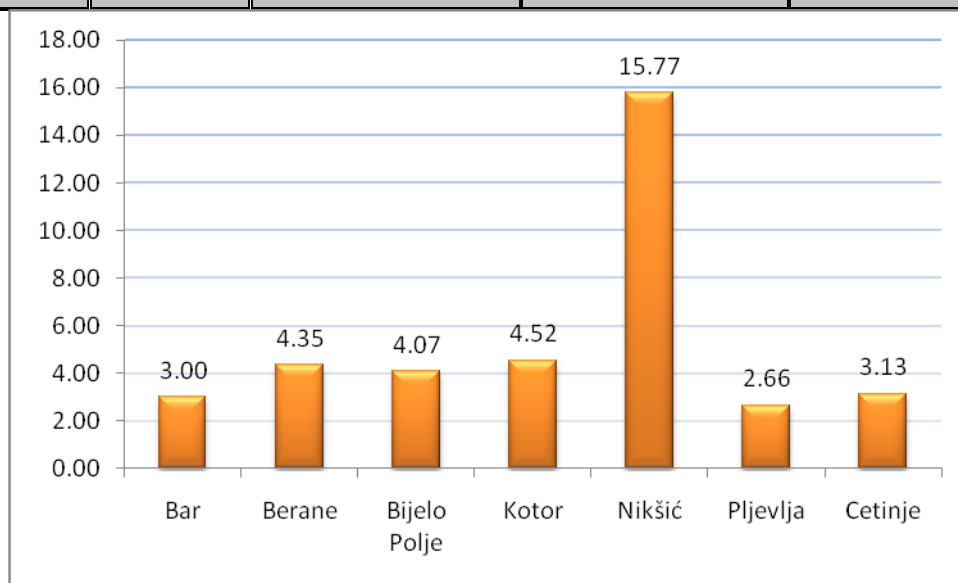
3. Pedijatrija

JZU	Broj pedijatara	Broj pregleda na pedijatriji	Broj pregleda po pedijatru	Dnevni broj pregleda po pedijatru
Opšte bolnice				
Bar	4	65	16.25	0.07
Berane	4	399	99.75	0.43
Bijelo Polje	4	1675	418.75	1.82
Kotor	3	823	274.33	1.19
Nikšić	4	138	34.50	0.15
Pljevlja	2	1271	635.50	2.76
Cetinje	2	473	236.50	1.03
UKUPNO	23	4844	210.61	0.92



4 Ginekologija i akuserstvo

JZU	Broj ginekologa	Broj pregleda na ginekologiji	Broj pregleda po ginekologu	Dnevni broj pregleda po ginekologu
Opšte bolnice				
Bar	5	3446	689.20	3.00
Berane	5	4997	999.40	4.35
Bijelo Polje	4	3744	936.00	4.07
Kotor	4	4159	1039.75	4.52
Nikšić	3	10881	3627.00	15.77
Pljevlja	2	1222	611.00	2.66
Cetinje	6	4316	719.33	3.13
UKUPNO	29	32765	1129.83	4.91

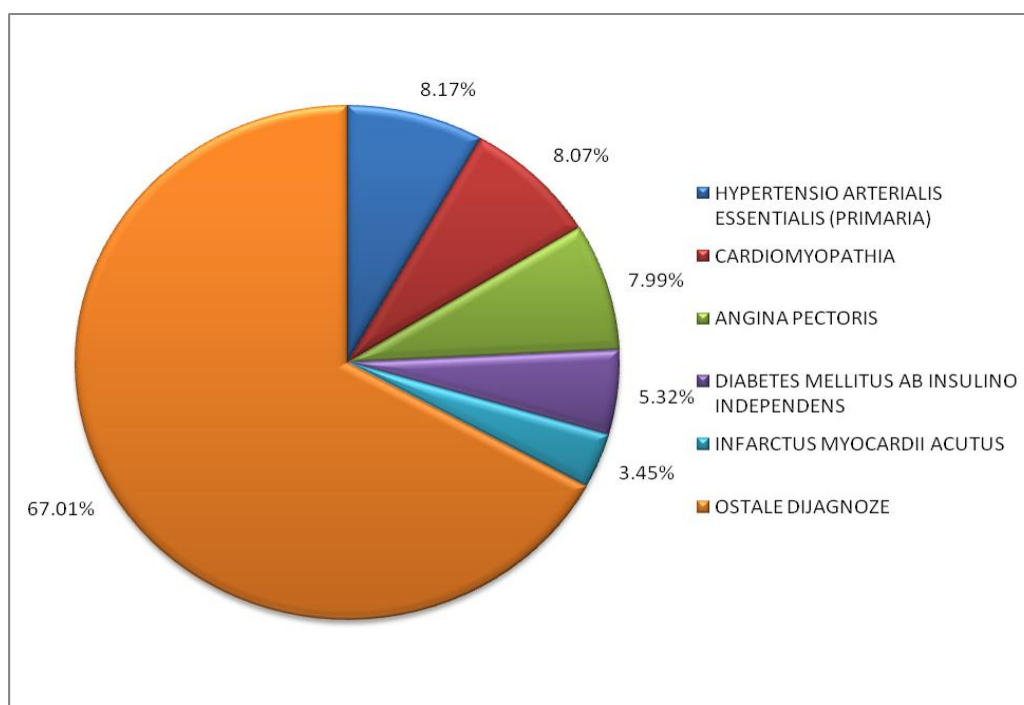


Odnos rada na odjeljenju i u ambulanti

Ono što situaciju dodatno usložnjava sa stanovišta dostupnosti, kvaliteta, bezbjednosti pacijenata i iskorišćenosti kapaciteta jeste činjenica da se bolnička zdravstvena zaštita dominantno ostvarivala kroz rad na odjeljenjima. Pružanje zdravstvene zaštite organizaciono je bilo koncipirano na način da je postojao znašajan disbalans između rada na odjeljenju i ambulantnog rada u korist rada na odjeljenju. Osim toga, organizacija posteljnog fonda nije bila bazirana na konceptu njege.

Analizom podataka¹ o strukturi zdravstvene zaštite koja se ostvarivala na odjeljenjima na nacionalnom nivou došlo se do zaključka da se značajan procenat usluga pruženih na odjeljenju mogao realizovati kroz ambulantni rad o rad u dnevnoj bolnici.

Pet najčešćih dijagnoza na internom odjeljenju u opštim bolnicama na nivou Crne Gore		%
HYPERTENSIO ARTERIALIS ESSENTIALIS (PRIMARIA)	1126	8.17
CARDIOMYOPATHIA	1113	8.07
ANGINA PECTORIS	1101	7.99
DIABETES MELLITUS AB INSULINO INDEPENDENS	733	5.32
INFARCTUS MYOCARDII ACUTUS	475	3.45
OSTALE DIJAGNOZE	9240	67.01
Ukupno svih dijagnoza na internom odjeljenju u opštim bolnicama na nivou Crne Gore	13788	100



¹ Korišćeni su podaci o radu sa internog odjeljenja

Time se zdravstveni sistem dodatno opterećivao o finansijski iscrpljivao, a sve ovo se negativno odrazilo na vitalne indikatore kvaliteta pružene zdravstvene zaštite (smanjuje se ispis pacijenata i produžava dužina ležanja u bolnici).

Analiza rada u dijagnostičkim službama

Za potrebe izrade Strategije, analizirano je stanje i rad u dijagnostičkim službama organizovanim na PZZ nivou i u bolničkom sektoru.

Dijagnostičke službe obuhvataju: biohemijsku laboratoriju, radiološku dijagnostiku i mikrobiologiju.

U principu, svaka opština ima obezbijeđenu biohemijsku dijagnostiku u okviru doma zdravlja. Pri čemu, u opštinama gdje je organizovano pružanje bolničke zdravstvene zaštite, kroz opšte i specijalne bolnice (Pljevlja, Bar, Cetinje, Kotor, Nikšić) dijagnostički kapaciteti su duplirani. U pojedinim opštinama (Berane, Bijelo Polje i Nikšić) u okviru DZ integrisano je analiziranje biohemijskih uzoraka za DZ i opštu bolnicu.

Radiološka dijagnostika organizovana je na istom principu kao i biohemija s tom razlikom da svaka opšta bolnica ima svoju radiološku dijagnostiku pa je problem preklapanja kapaciteta još više izražen.

Mikrobiološka dijagnostika organizovana je po regionalnom principu u 7 opština i realizuje se pri domovima zdravlja, dok se u Podgorici realizuje u sklopu Instituta za javno zdravlje.

Za potrebe pružanja dijagnostičkih usluga obezbijeđen je kadar sljedećeg profila:

- Laboranti,
- Biohemičari,
- radiolozi,
- radiološki tehničari i
- mikrobiolozi.

U praksi je evidentno da u opštinama gdje je biohemijska dijagnostika razvijena i na PZZ i bolničkom nivou postoje preklapanja kadra, pa je u tim opštinama potrebno preispitati broj zaposlenih laboranata i biohemičara i izvršiti njihovu racionalizaciju.

Budući da je kadar za radiološku dijagnostiku u deficitu, neophodno je ovaj problem rješavati kroz programe ciljanih edukacije i specijalizacija.

Zbog postojećeg načina organizovanja dijagnostičkih službi dolazi i do dupliranja dijagnostičke opreme u njenom korišćenju, što rezultira nemogućnošću optimalnog korišćenja opreme shodno tehničkim normativima o njenim kapacitetima kao i povećanim trošenjem potrebnih reagenasa. Ovaj problem je naročito izražen kod biohemijske i rentgen dijagnostike pa ga treba priritetno rješavati kroz integrisanje ovih usluga u okviru jednog pružaoca. Sama organizacija rada ovih službi biće decentralizovana u segmentu uzorkovanja u mjestu evidentiranja potrebe, dok će analiza uzoraka biti centralizovana pri čemu je obrađivač uzoraka dužan da vrši sakupljanje uzoraka. Kroz ovakvu organizaciju rada dijagnostičkih službi biće unaprijeđena racionalna i efikasna upotreba raspoloživih resursa.

Analiza iskorišćenosti menadžerskih struktura

Iskorišćenost menadžerskih struktura je analizirana kroz sledeće komponente:

- upravljačku strukturu / obim,
- servsne službe: administrativne i tehničke službe i
- izdvajanja za menadžersku strukturu + admin servise: zbirni iznos.

Rezultanta postojeće mreže zdravstvenih ustanova u CG, isključujući KC CG, IJZ, Montefarm, obuhvata:

- 28 upravnih odbora,
- 28 direktora sa svojim timom (pomoćnik direktora, tehnički saradnik, vozač i glavna sestra),
- 28 ekonomsko - finansijskih službi i
- 28 pravno-kadrovskih službi.

Za finansiranje ovako koncipirane i organizovane upravljačke strukture na godišnjem nivou izdvajaju se značajna finansijska sredstva.

Dosadašnje intervencije tipa objavljivanje poziva privatnim ustanovama za pružanje usluga iz osnovnog paketa usluga i uvođenje privatno javnog partnerstva predstavljaju promociju uvođenja principa tržišnog poslovanja kako bi se javno zdravstveni sektor učinio konkurentnim u odnosu na druge zdravstvene sisteme EU i privatni sektor i sposobnim da na kvalitetan i efikasan način odgovori novim izazovima. Ovi principi ne odnose se samo na segment pružanja usluga, već podrazumijevaju obavezu uvođenja profesionalne, stručne, efikasne i racionalne upravljačke strukture koja po svom obimu korespondira veličini i strukturi mreže zdravstvenih ustanova.

Integracija upravljačkih struktura, vertikalna i horizontalna, predstavlja imperativ savremenog doba i jednu od važnih odlika efikasnog zdravstvenog sistema. Procjena je da će se kao rezultat reorganizovanja upravljačkih struktura po ovom principu ostvariti značajne uštede na godišnjem nivou.

Tehnički servisi predstavljaju važan segment upravljačke strukture. Dosadašnja praksa je bila da svaka zdravstvena ustanova razvija, nezavisno jedna od druge tehničke poslove, a broj zaposlenih je odgovarao konceptu planiranja na osnovu kapaciteta.

Neophodno je analizirati finansijske efekte sadašnjeg načina organizovanja službi za tehničke poslove i razmotriti mogućnost njihovog privatizovanja ili ugovaranja ovih usluga sa specijalizovanim agencijama.

Zaključak i preporuke

Raspoloživi podaci ukazuju da je sistem bolničke zdravstvene zaštite u Croj Gori suočen sa svojevrsnim paradoksom. Polazeći od vitalnih indikatora zdravlja, zdravstvene potrebe stanovnika Crne Gore su približne zdravstvenim potrebama stanovnika zemljama EU, dok su bolnički kapaciteti u CG ne samo manji od bolničkih kapaciteta u zemljama EU, već je i stopa njihove iskorišćenosti značajno ispod EU prosjeka.

Polazeći od raspoloživih podataka i procjena, neophodno je u cilju povećanja iskorišćenosti kapaciteta:

1. preispitati i revidirati model organizacije pružanja bolničke zdravstvene zaštite kako bi se obezbijedio adekvatno opterećenje ljekara u cilju racionalizacije korišćenja raspoloživih resursa i unaprijeđenja kvaliteta zdravstvene zaštite
2. preispitati i revidirati model organizacije rada kako bi se posebna panja posvetila pružanju zdravstvene zaštite kroz dnevne bolnice i ambulantni rad
3. kanalisati nedovoljno iskorišćene kapacitete kao podršku u realizaciji prioriternih javno – zdravstvenih programa.

3.2.1.2 Nova organizacija mreže zdravstvenih ustanova

Imajući na umu rezultate gore navedenih analiza došlo se do zaključka da je neophodno restrukturirati model organizacije zdravstvene zaštite na način što će se, shodno opredjeljenjima iz Master plana, izvršiti integracija pružanja zdravstvenih usluga u cilju:

- unaprijeđenja kvaliteta i kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite,
- kontrole porasta zdravstvenih troškova i
- povećanja efikasnosti u pružanju zdravstvenih usluga.

Predlaže se vertikalna integracija po regionalnom principu u pružanju zdravstvenih usluga kako bi se doprinijelo:

- ostvarivanju efekta ekonomije obima i izbjeglo dupliranje resursa (administracija, laboratorija – dijagnostika, prevoz, specijalističke ambulantne jedinice...),
- smanjivanje cijene koštanja usluga, bolja iskorištenost resursa i infrastrukture,
- povećanje fleksibilnosti u upravljanju kadrovima i resursima,
- standardizovanje postupka pružanja usluga,
- fokusiranje na kvalitet usluga i zadovoljstvo pacijenata,
- fokusiranje na efikasnost i efektivnost u pružanju zdravstvenih usluga i
- pojednostavljuje se proces ugovaranja.

Uspostavljanje zdravstvenih centara

Proces vertikalne integracije po nivoima zdravstvene zaštite (primarni, sekundarni i tercijarni nivo) odnosno spajanje domova zdravlja i opštih bolnica rezultiraće uspostavljanjem 8 zdravstvenih centara:

1. ZC Berane (objedinjava domove zdravlja: Andrijevića, Plav, Rožaje, i Berane i OB Berane),
2. ZC Bijelo Polje (objedinjava domove zdravlja: Bijelo Polje, Mojkovac i OB Bijelo Polje),
3. ZC Pljevlja (objedinjava domove zdravlja Pljevlja i OB Pljevlja),
4. ZC Nikšić (objedinjava domove zdravlja Nikšić, OB Nikšić, SB Brezovik),
5. ZC Kotor (objedinjava domove zdravlja: Herceg Novi, Kotor, Tivat, SB Dobrota i SB Risan i OB Kotor),
6. ZC Cetinje (objedinjava domove zdravlja: Cetinje i OB Cetinje),
7. ZC Bar (objedinjava domove zdravlja: Bar, Budva i Ulcinj i OB Bar) i
8. ZC Podgorica (objedinjava domove zdravlja Podgorica, Kolašin, Danilovgrad i KC CG),

Sa organizacionog aspekta, u okviru zdravstvenih centara, postojaće tri cjeline tj.

- izabrani doktori sa centrima za podršku i jedinicom za patronažu (ambulanta za odrasle i djecu),
- odjeljenja (sa dva funkcionalna aspekta: ambulanta i dnevna bolnica) i
- službe

Primarna zdravstvena zaštita će se realizovati u skladu sa Modelom organizacije PZZ, kroz izabranog doktora za odrasle i djecu. Poslovi izabranog doktora za žene biće funkcionalno i organizaciono vezani za ambulantu ginekološko – akušerskog odjeljenja Zdravstvenog centra.

Za potrebe ostvarivanja zdravstvene zaštite sekundarnog i tercijarnog nivoa, u okviru zdravstvenog centra, osnivaju se najmanje 4 odjeljenja:

- za oblast hirurgije sa traumatologijom, koja razvija operacioni blok,
- za interne bolesti,
- za ginekologiju i akušerstvo i
- za pedijatriju.

Model organizacije pružanja zdravstvene zaštite karakterisaće princip koncentracije pružanja pojedinih specijalističkih usluga na nivou zdravstvenog centra. Odluka o profilu spcijalističkih usluge koju će pružati referentni zdravstveni centri, bice determinisana postojanjem:

- dovoljnog broja stručnog kadra, koji je u definisanom periodu pružio usluge u obimu propisanom od strane Ministarstva zdravlja i
- neophodne opreme.

Osnovni razlog koncentracije specijalističkih usluga usluga je unaprijeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite, standardizacija postupaka liječenja, i efikasnosti i efektivnosti u pružanju usluga. Primjenom principa koncentracije, zdravstveni centri neće biti u konkurentnom odnosu, već će pružati podršku kroz pružanje kvalitetnih usluga unutar organizacije KBC.

Budući da se rezultati analize raspoloživih podataka ukazali da su zdravstvene potrebe ujednačene u smislu strukture i učestalosti, kreator politike će donijeti odluku o mjestu koncentracije specijalnosti rukovodeći se principom obezbjeđivanja efektivnog pristupa kvalitetnim i efiksnim uslugama.

Osnovno usmjerenje procesa reforme jeste

- prioritetni razvoj ambulantno specijalističke djelatnosti,
- razvijanje dnevnih bolnica,
- razvijanje kapaciteta za zbrinjavanje akutnih stanja, uz obavezu da se jasno definišu kapaciteti za neakutnu obradu /zbrinjavanje hroničnih bolesti i pružanje palijativne njege.

Razvijanje dnevnih bolnica organizuje se za obavljanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih usluga za ambulantne pacijente u sledećim oblastima: nefrologiji (hemodijaliza i peritonealna dijaliza) i drugim internističkim granama medicine (prvenstveno radi primene parenteralne i inhalacione terapije); hirurškim granama medicine (radi obavljanja hirurških intervencija i operacija) ; psihijatriji - zaštiti mentalnog zdravlja (radi primene kombinovanih mera psihoterapije, socioterapije, okupacione i radne terapije i psihosocijalne podrške obolelim i članovima njihove porodice) i pedijatrije.

U neakutnu bolničku obradu se upućuju pacijenti nakon završene akutne bolničke obrade ili oni pacijenti, kojima je potrebno produženo liječenje, rehabilitacija, zdravstvena njega ili palijativna njega kada pacijentovo zdravstveno stanje ne dozvoljava liječenje kod kuće, ili bi bila teško izvodljiva obrada na drugom mjestu. Neakutna bolnička obrada predstavlja značajno područje između akutne bolničke obrade i otpuštanja u domaće okruženje ili u institucionalnu zaštitu u socijalnom zavodu.

Na nivou Zdravstvenog centra opredijeliti

- najmanje 10% posteljnog fonda odjeljenja za potrebe ostvarivanja djelatnosti kroz dnevnu bolnicu.

Planirano je da udio rada u ambulanti dominira (u kojoj mjeri i da li ga definisati prema časovima ili broju pregleda , dogovoriti sa konsultantima) u odnosu na rad sa ležećim pacijentima.

Poslovi dijagnostike, anestezije i reanimacije, snadbijevanja lijekovima i sanitetskim sredstvima i materijalima, urgentne medicinske pomoći, kao i nemedicinske poslovi biće u funkciji podrške pružanju PZZ i sekundarne ZZ, a u formi „službi“.

Promjene modela organizacije pružanja zdravstvene zaštite neophodno je da prate i promjene modela sistema upućivanja. Naime, u cilju eliminisanja formalnih barijera koje otežavaju kretanje pacijenta po nivoima sistema, kao i radi unaprijeđenja efikasne povezanosti između različitih organizacionih i funkcionalnih cjelina unutar i između zdravstvenih centara neophodno je da sistem upućivanja bude koncipiran da prepoznaje javno ovlašćenje odnosno kapacitet za izabranog ljekara i ljekara sa odjeljenja da uputi pacijenta na dalje dijagnostičke obrade i konsultativne preglede.

Uspostavljanje referentnih centara

U cilju obezbjeđivanja geografske dostupnosti neophodno je povezati pružaocima usluga na regionalnom nivou kako bi se obezbijedila bolja integracija znanja i optimizovala upotreba resursa. Povezivanjem određenih aktivnosti, regionalni - referentni centri mogu pružiti bolji nivo integracije znanja, organizaciju radnih procedura i efikasnije korišćenje opreme i drugih resursa.

Proces horizontalne integracije odnosno ukрупnjivanje pružaoca zdravstvene zaštite izvršice se po regionalnom principu na gravitacionom području do 200 000 stanovnika na način da organizaciona struktura reflektuje epidemioloski profil gravitacionog područja.

Ukrupnjavanjem i objedinjavanjem najmanje 2 zdravstvena centra nastaje referentni regionalni centar.

Imajući na umu veličinu i karakteristike geografskog područja Crne Gore i obim i profil zdravstvenih potreba, moguće je uspostaviti najviše 3 RC centra za sjever, jug i centralni dio.

Svaki RC predstavljaće nastavno naučnu bazu fakulteta medicinskih usmjerenja.

Upravljačka struktura referentnog regionalnog centra obuhvataće direktora i upravni odbor.

3.2.1.3 Uvodjenje privatnog sektora u mrežu javnih ustanova

Shodno novom modelu organizacije pružanja zdravstvene zaštite biće moguće uvođenje privatnih pružaoca usluga u slučajevima kada je to neophodno isključivo radi obezbjeđivanja dostupnosti kvalitetnoj i efikasnoj zdravstvenoj zaštiti, što istovremeno isključuje mogućnost njegovog paralelnog egzistiranja sa javno zdravstvenom ustanovom koja na neefikasan i nekvalitetan način pruža usluge.

Javni zdravstveni sektor susreće se sa izazovima u finansiranju, upravljanju i pružanju zdravstvene zaštite. Naime, zdravstveni sistem suočen je sa fiskalnim ograničenjima koja prisiljavaju zdravstvene vlasti u CG da pažljivo biraju prioritete i ograničavaju javnu potrošnju.

Takođe, zdravstveni sistem u CG suočen je sa hroničnim problemom deficita i pod dodatnim fiskalnim pritiscima, kao što je potreba da se pruži zdravstvena zaštita za sve starijoj populaciji, da se poboljša kvalitet ili često ulaže u skupo liječenje i tehnološka dostignuća.

Glavni dio rješenja leži u sve većem uključivanju privatnog sektora u finansiranje i pružanje usluga. Okretanje privatnom sektoru može pomoći da se riješe konkretni izazovi vezani za troškove i ulaganja, da se ostvare unapređenja u efikasnosti (npr. bolje pružanje usluga i upravljanje po nižoj cijeni) i da se poboljša kvalitet usluga (npr. bolja stručna znanja, brže i veće investiranje u infrastrukturu i nove medicinske tehnologije, potencijal da se privuče i zadrži bolji kadar).

Primjenu ovog pristupa treba pažljivo razmotriti u svakom pojedinačnom slučaju. Odluku o uključivanju privatnog sektora treba donijeti

- nakon sprovođenja analize zdravstvenih potreba kako bi se ustanovilo da li postoji disbalans između „ponude“ – pružanja zdravstvenih usluga i „tražnje“ – zdravstvenih potreba
- kada bude evidentno da su iscrpljene sve mogućnosti i opcije za unaprijeđenjem efektivne dostupnosti kvalitetnim i efikasnim uslugama kao rezultat mjera reorganizacije i racionalizacije postojećeg modela pružanja usluga.
- Po završetku detaljne analize troškova i koristi o uvođenju privatnog sektora. Prilikom procjenjivanja prednosti pružanja usluga od strane privatnog ili javnog sektora, rizik može biti važno mjerilo, pa se stoga mora uspostaviti okvir za procjenu pitanja vezanih za rizik.

Preporuka: identifikovati oblasti u kojima je poželjno da se razmotri mogućnost uvođenja i primjene inicijativa privatnog sektora (kancer, hitna medicinska pomoć, respiratorna oboljenja, diabetes, CVDs, mentalno zdravlje, palijativna njega, zamjena kuka, zdravlje majki...)

Neophodno je dokazati da će uključivanje i učešće privatnog sektora promovisati poboljšanja u smislu dostupnosti zdravstvene zaštite, jednakosti, kvaliteta, efikasnosti, uključujući podjelu troškova i rizika.

Sljedeće opcije/ modaliteti za uključivanje privatnog sektora u sistem pružanja zdravstvene zaštite bi se mogle primijeniti i razmotriti u CG, kako bi se ostvarili navedeni ciljevi:

➤ Ugovaranje:

• Ugovori za pružanje medicinskih usluga:

Ugovorom o uslugama nacionalne zdravstvene vlasti plaćaju privatnom subjektu da obavlja konkretne zadatke kao što su rutinske procedure (laboratorijske usluge) ili specijalizovane usluge (radiologija) u bolnici, kako bi dopunila svoje usluge. Vlada može sa privatnim organizacijama koje funkcionišu izvan javnih objekata sklopiti ugovor o obavljanju poslova kao što su osnovna preventivna zaštita ili edukativne kampanje. Pošto se ugovorom u uslugama povjerava zaduženje za pojedinačne zasebne zadatke, prenosi se veoma mali rizik na privatnog subjekta. Nacionalne zdravstvene vlasti ostaju odgovorne za koordiniranje zadacima koji spadaju u pružanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite, zadržava imovinu u državnom vlasništvu i sprovodi potrebne kapitalne investicije.

Ugovori o uslugama mogu biti dobra opcija za uvođenje komparativne prednosti privatnog subjekta (visoko specijalizovana tehnologija, pristup ruralnim zajednicama) u konkretnom zadatku. Ali, pošto je vlada i dalje odgovorna za koordinaciju, ova opcija vjerovatno neće u velikoj mjeri unaprijediti učinak, pošto je ukupno upravljanje slabo.

- Upravljački ugovori

Po upravljačkom ugovoru, vlada plaća privatnom subjektu da upravlja javnim zdravstvenim objektima i pruža niz usluga. Upravljačka ovlaštenja koja se prenose na privatni sektor razlikuju se od ugovora do ugovora i mogu obuhvatati angažovanje radne snage, nabavku materijala, lijekova i opreme. Pošto su zdravstveni radnici ključni resurs u pružanju zdravstvenih usluga, to čini razliku između upravljačkog ugovora u kome javni sektor odlučuje o zapošljavanju — model *contract in*, i onog u kome privatni ugovarač odlučuje o tome — model *contract out*. U drugom navedenom modelu, rizici vezani za inpute, uključujući radnu snagu prenose se na privatni sektor.

Raspoloživa iskustva pokazuju da upravljački ugovori mogu biti dobar način da privatni sektor obezbijedi ekspertsku znanja i efikasno upravljanje. Ali pošto komercijalne rizike i dalje snosi vlada, to može dovesti do vrlo male stimulacije za smanjenje troškova i unapređenje usluga.

- Ugovori o gradnji, opremi, održavanju,
- Hibridni ugovori (npr. ugovori za krupnu IT infrastrukturu i usluge) i
- Zakup

Prema ugovoru o zakupu privatni subjekat obično plaća vladi naknadu za korišćenje zdravstvenog objekta i preuzima odgovornost za upravljanje i poslovanje. Zauzvrat, privatnik dobija pravo na prihode od poslovanja. Pošto vlada više ne pruža usluge u objektu koji je dala u zakup, privatnik snosi sve komercijalne rizike (kao što je mala tražnja ili promjena u visini cijene usluge).

Ugovor o zakupu daje privantom pružaocu snažan podsticaj da posluje efikasno, zato što njegova profitabilnost zavisi od toga koliko može smanjiti troškove a da istovremeno zadrži standard kvaliteta precizirane u ugovoru. Ali koordinacija između programa poslovanja i ulaganja može biti naporna. Stoga zakup može biti dobra opcija za zdravstvene objekte koji treba da unaprijede efikasnost poslovanja ali ne i za one gdje su potrebne nove investicije.

➤ Koncesije

- Koncesije i aranžmani BOT (“izgradi-vodi poslovanje-prenesi vlasništvo”)

Po ugovoru o koncesiji privatnik plaća vladi naknadu za vođenje i održavanje zdravstvenog objekta i preuzima obavezu kapitalnog ulaganja. U BOT aranžmanima, koji su varijacija koncesije, kapitalno ulaganje ima formu gradnje novog objekta. Privatno preduzeće gradi objekat, pruža usluge, a potom po isteku ugovorenog perioda, prenosi vlasništvo na vladu. Varijacije koncesije su i aranžmani po principu “izgradi-izdaj u zakup-prenesi vlasništvo” i “obnovi-vodi-prenesi vlasništvo”. Koncesije i BOT ugovori, koji obično imaju duži rok nego ostali aranžmani, pružaju veći podsticaj za efikasnost tako što se na privatni sektor prenosi puna odgovornost za vođenje poslovanja i ulaganja. Oni omogućavaju i da se iskoristi sposobnost privatnog sektora da dođe do privatnih sredstava za finansiranje i obezbijedi sredstva za novu gradnju i investiranje.

- Prodaja imovine i aranžman BOO “izgradi-budi vlasnik-vodi poslovanje”

Kod prodaje imovine, zdravstveni objekat u državnom vlasništvu prodaje se privatniku a vlasništvo se prenosi na neograničeni period. Po BOO ugovoru, koji je varijanta, privatnik takođe preuzima odgovornost za izgradnju novog objekta o svom trošku. Tako se prodajom i BOO ugovorima

komercijalni rizici u potpunosti prenose na privatnika i u punoj mjeri se koristi njegov pristup privatnim sredstvima za finansiranje.

➤ „Slobodan ulazak“

Kada kvalifikovan privatni pružalac ima mogućnost da slobodno uđe i izađe sa tržišta zdravstvenih usluga, bez sklapanja ugovornog odnosa sa vladom, privatni pružalac snosi sve rizike i obaveze koji su povezani sa pružanjem zdravstvenih usluga. Ali nepostojanje ugovornog odnosa ne mora da znači da nema nadzora od strane vlade. Vlada može upotrijebiti druge regulatorne instrumente kakvi su licenciranje, sertifikacija i akreditacija, da zaštiti javni interes tako što će osigurati bezbjednost i minimum kvaliteta zaštite. Uz pravne uslove, vlada bi mogla upotrijebiti i finansijske i druge podsticaje (porezi, subvencije, mogućnosti za obuku) da utiče na ponašanje privatnih pružalaca—na primjer njihov izbor kliničkih lokacija i ciljnih grupa pacijenata—kako bi ostvarila ciljeve javnog zdravlja.

Kada politika omogućava slobodan ulazak, privatni pružaoci razvijaju sopstvene organizacione structure i operativne modele kako bi postigli najbolje rezultate. Jedan operativni model koji se sve više javlja jeste franšiza, gdje privatna firma (vlasnik franšize) daje dozvolu drugim privatnim preduzećima (korisnicima franšize) da rade pod njenim imenom.

Kako bi se maksimalizovale prednosti učešća privatnog sektora, vlada treba da odredi koje su opcije najpogodnije za ostvarivanje ciljeva njene politike —a potom da izabere napogodnije mehanizme ugovaranja i plaćanja i najbolji regulatorni okvir za praćenje i sprovođenje aranžmana.

Model integrisanja javnog i privatnog sektora treba da bude u skladu sa utvrđenim regulatornim okvirom i strateškim ciljevima i prioritetima za razvoj sektora zdravstva.

3.2.2 Osnovni paket usluga

Sistem zdravstva u Crnoj Gori počiva na principu univerzalne dostupnosti besplatnoj zdravstvenoj zaštiti. Postojeći Zakon o zdravstvenom osiguranju u Crnoj Gori definiše osnovni paket usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Sadržaj paketa, odnosno spisak usluga, je veoma obiman, uključuje sve moguće oblike njege (čitav spektar ne-osnovnih usluga, čak i nemedicinske i nezdravstvene usluge) i predstavlja svojevrsno nasleđe iz perioda bivše Jugoslavije, zemlje koja je bila prepoznata kao paradigma zemlje socijalnog blagostanja, koja je svojim građanima obezbjeđivala visok nivo finansijske zaštite i visok stepen korišćenja usluga.

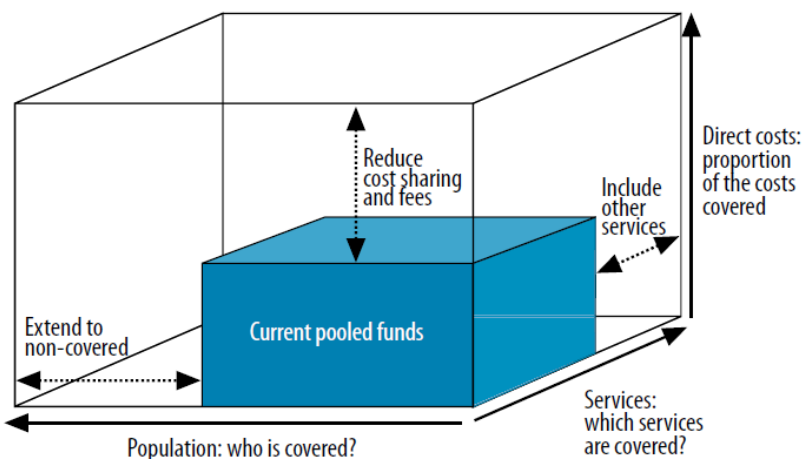
U godinama ekonomske tranzicije koje je obilježilo značajno smanjenje finansijskih resursa opredijeljenih za sektor zdravstva, došlo je do drastičnog dizbalansa između spiska usluga i raspoloživih resursa. Ovo je bio jedan od ključnih uzroka deficita u poslovanju Fonda za zdravstveno osiguranje, pojave neformalnih plaćanja, kao i intenziviranja nezadovoljstva funkcionisanjem i kvalitetom rada javnog zdravstvenog sistema.

Koncepcijski posmatrano, osnovni paket zdravstvenih usluga (u daljem tekstu OPZU) ima 3 aspekta:

1. breath obuhvat (ko): odnosi se na dio populacije koji je pokriven osnovnim paketom,
2. scope obim (šta): odnosi se na usluge koje su predmet/sadržaj paketa i
3. debt podjela troškova (koliko): dnosi se na postojanje aranžmana koji ima za cilj smanjivanje finansijskog pritiska na zdravstveni budžet u smislu postojanja mogućnosti za uvođenjem

aranžmana podjele troškova, odnosno pokrivanje troškova od strane pacijenta za svaku pruženu uslugu.

Slika: Tri dimenzije paketa usluga



Izvor: Svjetski izvještaj o zdravlju 2010

Ova tri aspekta osnovnog paketa predstavljaju ključne determinante obima zaštite populacije / osiguranika od finansijskog rizika. Treba istaci da obuhvat i podjela troškova snažno utiču na ostvarivanje principa jednakosti u smislu tereta finansiranja sistema i dostupnosti zdravstvenim uslugama. Osnovni paket usluga ima izuzetno značajnu ulogu u unapređenju transparentnosti, a naročito u okolnostima kada su registrovana neformalna plaćanja u značajnom obimu, koja predstavljaju ozbiljnu barijeru u ostvarivanju efektivne dostupnosti kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti.

U toku je proces reforme zdravstvenog sistema sa posebnim fokusom na model pružanja zdravstvene zaštite na sekundarnom i tercijalnom nivou. Jedan od ciljeva reforme jeste uvođenje novog modela plaćanja zasnovanog na rezultatima, a koji podrazumjeva uvođenje prakse ugovaranja između pružaoca usluga i platioca. Međunarodna teorija i praksa prepoznaju postojanje eksplicitnog osnovnog paketa usluga kao jednog od ključnih zahtijeva u procesu definisanja novog ugovornog odnosa između kupca usluga i pružaoca usluga. Osim toga, promjene u demografskoj strukturi, kontinuirani tehnološki napredak, **medicinska inflacija**, ekonomska tranzicija i fiskalni pritisak predstavljaju faktore koji iziskuju proaktivan pristup u redefinisaniu paketa usluga. U tom smislu prepoznata je nužnost da se jasno redefinisane paket, vodeći računa o kliničkoj efikasnosti, troškovnoj efektivnosti i promjenama u sistemu osiguranja, u smislu:

- da reformisani paket usluga mora u potpunosti da ispoštuje princip univerzalnosti,
- da reformisani paket treba da preispita prava pacijenata i definise korespondirajući sadržaj usluga uključujući obim usluga iz okvira jednog od prava pruženih po pacijentu. Ovaj proces redefinisania prava iz osnovnog paketa treba da se odvija paralelno sa procesom razvijanja kliničkih smjernica i protokola u sferi dijagnostike, liječenja, rehabilitacije kod specijalista na sekundarnom i tercijalnom nivou

- da reformisani paket treba da definise jasan i konkretan aranžmana za podjelu troškova između platioca i korisnika usluga, kako bi se ostvario fiskalni balans i racionisalo pružanje usluga. Ovo će podrazumjevati uvođenje participacije pokrivenne kroz sistem dobrovoljnog osiguranja.

Imajući na umu veličinu populacije i tržišta, kao i visoki rizik za ostavarivanje profita, razvoj sistema dobrovoljnog osiguranja pretpostavlja reviziju osnovnog paketa sa aspekta prava, obima i sadržaja usluga kao i načina pokrivanja troškova.

Suštinska karakteristika osnovnog paketa usluga je:

- integralni paket zdravstvenih usluga,
- nema diferenciranja usluga po nivoima zdravstvene zaštite i
- usluge se definišu po složenosti.

3.2.3 Sistem obezbjeđivanja kvaliteta

Definicija

Po definiciji, koncept obezbjeđivanje kvaliteta (quality assurance QA) podrazumijeva “*aktivnosti i program koji služe da se obezbijedi ili unaprijedi kvalitet zdravstvene zaštite u određenom medicinskom okruženju ili programu*”. Taj concept obuhvata:

- (1) Procjenu ili ocjenu kvaliteta zaštite,
- (2) Identifikaciju problema ili nedostataka u pružanju zaštite,
- (3) Osmišljavanje aktivnosti za prevazilaženje takvih nedostataka i
- (4) Naknadno praćenje kako bi se obezbijedila djeltovornost korektivnih mjera”.

Obezbjeđivanje kvaliteta podrazumijeva pružanje zdravstvene zaštite koja je bezbjedna (*da ne uzrokuje štetu koja se može izbjeći*), djelotvorna (*da ima pozitivan efekat na zadovoljavanje zdravstvenih potreba i ukupnu korist po zdravlje*) i efikasna (*da je u okvirima ekonomskih mogućnosti sistema*).

Obezbjeđivanje kvaliteta predstavlja sistematski, kontinuirani proces usmjeren ka uspostavljanju standarda, monitoringa i unaprijeđenju učinka sistema kako bi se obezbijedila bezbjedna i efektivna zdravstvena zaštita. Cilj sprovođenja ovog procesa je postupna transformacija pojednačne procedure ili ukupnog sistema u bezbjedniju, djelotvorniju i efikasniju zaštitu u sklopu onog što je poznato kao pozitivni ciklus kvaliteta.

QA nije magično rješenje, ona je do sada godinama bila (a i dalje je) dio stabilne zdravstvene zaštite, mada se nije tako nazivala.

Razlozi za uvođenje QA

Ono što je relativno novo, makar od sredine 1980-ih, jeste sve veće interesovanje za razvijanje institucionalnih i nacionalnih programa QA. Neki od razloga za to su sljedeći:

- Veća demokratizacija – političari i menadžeri moraju pažljivije da sagledaju potrebe građana za boljom zaštoitom,

- Ekonomski problemi tj. porast zdravstvenih troškova i budžetska ograničenja, ograničili su kapacitet zdravstvenog sistema da poboljša kvalitet tako što će povećati ulaganja i potrošnju. Poboljšanja kvaliteta mogu se ostvariti i kroz bolju efikasnost u korišćenju postojećih resursa.
- Menadžeri i finansijeri uviđaju da je naplaćivanje usluga koje su ranije bile besplatne (ili povećanje cijene ako su se prethodno plaćale) moguće jedino ako se poboljša kvalitet. Volja da se plati postoji samo ukoliko se popravi mišljenje o kvalitetu.

Države se služe drugim procedurama, sem programa QA, kako bi insistirale na kvalitetu. Registracija (ponekad se naziva licenciranje) zdravstvenih objekata, kako javnih tako i privatnih, ili aktivnih zdravstvenih radnika je zakonska obaveza mnogih javnih administracija. Obično se registracija vrši na osnovu minimum uslova i standarda. Ti uslovi se mogu pripremiti tako da se obezbijedi postojanje minimalnog nivoa kvaliteta u svakoj novoj usluzi koja se nudi građanima.

Komponente kvaliteta i QA

Kvalitet je sveobuhvatan i višestran koncept. Generalno razlikuje se nekoliko dimenzija kvaliteta koje imaju različit značaj, zavisno od konteksta u kome se sprovodi QA. Aktivnosti QA mogu se ticati jedne ili više dimenzija, kao što su na primjer:

- Kompetentnost,
- Pristup uslugama,
- Djelotvornost,
- Međuljudski odnosi,
- Efikasnost,
- Kontinuitet,
- Bezbjednost i
- Zadovoljstvo.

Koja god dimenzija kvaliteta da se koristi, QA zahtijeva da se ona mjeri. Eksperti takođe prave razliku između ulaznih (input) indikatora (zaposleni, resursi, fizička infrastruktura, material, oprema), procesnih indikatora (kako se inputi organizuju u rezultate kao što su prijem, operacije, posjete...) i indikatora ishoda (ili mjerenja efekata, poput smanjenja mortaliteta, većeg zadovoljstva...)

Novija iskustva u primjeni upravljanja kvalitetom u zdravstvenim sistemima ukazuju da da bi idealan program QA trebalo da se pridržava četiri postulata:

- QA je orijentisana na zadovoljavanje potreba i očekivanja pacijenata i zajednice.
- QA je usredsređena na sisteme i procese.
- QA koristi podatke da analizira procese pružanja usluga.
- QA podstiče timski pristup rješavanju problema i unapređenju kvaliteta.

Trenutna situacija u Crnoj Gori

Dosadasnji naponi u Crnoj Gori na planu obezbjeđivanja kvaliteta rezultirali su :

- (1) institucionalizacijom koncepta unaprijedjenja kvaliteta u smislu uspostavljanja odjela za kontrolu kvaliteta pri Ministarstvu zdravlja. Takođe, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o bezbjednosti pacijenata uspostavljen je normativni okvir koji tretira pitanje kontrole kvaliteta.

- (2) Razvijanjem kapaciteta u okviru Ministarstva zdravlja i Instituta za javno zdravlje i u pojedinim zdravstvenim ustanovama da koriste znanje i raspoložive podatke za procjenu aspekata kvaliteta, identifikaciju nedostataka, osmišljavanje mjera za njihovo prevazilaženje, i praćenje efektivnosti osmišljenih korektivnih mjera, što predstavlja ključne korake u svakom procesu obezbjeđivanja kvaliteta. Uprkos činjenici što je potrebno razvijanje kapaciteta, evidentno je njihovo postojanje. Osim toga neophodno je preduzimanje sistemskih i koordiniranih napora na planu uspostavljanja sistema obezbjeđivanja kvaliteta.

Strateške preporuke za sistemsko uvođenje kontrole i obezbjeđivanja kvaliteta

QA program bi trebalo razvijati postupno u sklopu pažljivo planiranog etapnog procesa, kako bi se osiguralo da taj proces bude ispravan. Nerealno nekritičko prihvaćanje ambicioznih QA inicijativa može biti kontraproduktivno ako troškovi i obim takvih inicijativa nijesu održivi niti odgovaraju sadašnjem stepenu razvoja crnogorskog zdravstvenog sistema.

Preporučene strateške aktivnosti koje bi trebalo realizovati u cilju uvođenja QA u praksi:

1. Planiranje

Ovo je pripremni korak za sprovođenje aktivnosti QA. Planiranje počinje analizom glavnih slabosti primijećenih u sistemu zdravstva kako bi se utvrdilo kojim bi se uslugama prvo trebalo pozabaviti. Nemoguće je unaprijediti kvalitet u svim oblastima odjednom. Umjesto toga, QA aktivnosti bi trebalo inicirati u nekoliko kritičnih oblasti. Na početku programa QA trebalo bi odabrati usluge visokog prioriteta, obima ili one u kojima se javljaju problemi, kako bi im se posvetila posebna pažnja. Kada se odluči odakle će se krenuti sa QA, mora se odabrati pristup za unapređenje kvaliteta. Moglo bi se fokusirati na praćenje željenih ili neželjenih ishoda u pružanju usluga i odrediti oblasti za unapređenje.

Za uvođenje programa QA u praksi važno je:

- Podijeliti zaduženja za QA. To bi moglo da dovede do osnivanja nacionalne komisije za QA ili ad hoc tima zaduženog za početne aktivnosti QA.
- Dodijeliti sredstva za QA.
- Ojačati vještine za QA i kritične sisteme upravljanja.

2. Izrada kliničkih protokola i smjernica

Za oblasti u kojima će se djelovati moraju se pripremiti smjernice za praksu ili klinički protokoli, administrativne procedure ili standardne operativne procedure, specifikacije proizvoda i standardi učinka. Trebalo bi takođe formirati odgovarajuće indikatore za mjerenje sprovođenja ovih procedura. Kada se utvrde smjernice za praksu, standardne operativne procedure i standardi učinka, od suštinskog je značaja da se sa njima upoznaju zaposleni i da se njihova primjena aktivno promoviše.

3. Monitoring

Monitoring je rutinsko prikupljanje i analiza podataka koje pomaže da se ocijeni da li se poštuju norme programa i da li se poboljšavaju ishodi. Monitoring ključnih indikatora omogućava menadžerima i supervizorima da utvrde da li pružene usluge poštuju preporučene prakse i da li postižu željene rezultate. Važno je uraditi mjerenje polaznog stanja prije nego što se počne sa predstavljanjem i

promovisanjem standard, kako bi se kasnije mogao mjeriti napredak. Sistem za monitoring je od centralnog značaja za program QA.

4. Identifikovanje problema i selekcija mogućnosti za unapređenje

Menadžeri programa i objekata mogu, putem monitoring i evaluacije aktivnosti u oblastima koje su odabrane u nacionalnom planu za QA, redovno da utvrđuju prilike za unapređenje kvaliteta. Participatorni pristup u identifikovanju problema, kao na primjer sugestije od zdravstvenih radnika, analize procesa u sistemu, analiziranje povratnih informacija ili pritužbi pacijenata i generisanje ideja kroz brejnstorming ili neku drugu tehniku rada u grupi, pruža nekoliko prednosti. Jedna od njih je da su zaposleni skloniji da daju doprinos i sarađuju ako su uključeni u identifikovanje problema.

Kada tim identifikuje nekoliko problema, trebalo bi da utvrdi prioritete za unapređenje kvaliteta tako što će izabrati jednu ili dvije problematične oblasti na koje će se fokusirati. Kriterijumi za selekciju će se razlikovati od programa do programa. Ovaj proces bi trebalo da se rukovodi dvama važnim principima. Kriterijumi bi trebalo da odražavaju prioritete tima, a ne pojedinaca. Trebalo bi takođe da budu eksplicitni, tako da process odlučivanja bude maksimalno objektivian i temeljan. Kriterijumi bi mogli da obuhvate tehničku izvodljivost rješavanja problema, potencijalni efekat unapređenja kvaliteta na zdravlje populacije ili adekvatnost neophodnih raspoloživih resursa.

5. Operativno definisanje problema

Nakon što se odabere problem, tim ga mora operativno definisati – kao nesklad između stvarnog učinka i učinka koji propisuju smjernice i standardi. Definicija problema trebalo bi da identifikuje problem i način na koji se on manifestuje, da precizira gdje problem počinje i završava i kako će se znati da je problem riješen.

6. Biranje tima

Kada zaposleni u zdravstvenom objektu primijene participatorni pristup u odabiru i definisanju problema, treba da formiraju mali tim koji će se baviti konkretnim problemom. Tim će analizirati problem, napraviti plan za unapređenje kvaliteta, sprovesti i evaluirati aktivnost na unapređenju kvaliteta. Tim bi trebalo da čine oni koji su uključeni, daju inpute ili resurse i/ili su korisnici aktivnosti (jedne ili više njih) u kojima se javlja problem. Time se osigurava učešće onih koji najbolje poznaju proces.

7. Analiziranje i proučavanje problema kako bi se identifikovali uzroci u njegovom korijenu

Postizanje značajnih i održivih aktivnosti na unapređenju kvaliteta zavisi od razumijevanja problema i uzroka koji su u njegovom korijenu.

8. Implementiranje i evaluacija aktivnosti na unapređenju kvaliteta

Tim mora odrediti neophodne resurse i rokove i odlučiti ko će biti zadužen za implementaciju. Takođe mora odlučiti da li implementacija treba da počne pilot-provjerom u ograničenoj oblasti ili aktivnošću većeg obima. Tim treba da odabere indikatore za evaluaciju da li je rješenje ispravno primijenjeno i da li je dovelo do rješavanja ciljanog problema. Detaljni monitoring trebalo bi da počne kada se implementira

plan za unapređenje kvaliteta, a da se nastavi dok se ne pokaže da je rješenje ili djelotvorno i održivo ili da je neuspješno, pa će se od njega odustati ili će se modifikovati. Kada se potvrdi da je rješenje djelotvorno, menadžeri programa treba da kodifikuju i prošire dalje novi process, kako bi drugi mogli da uče iz njihovog iskustva.

Akreditacija i QA

Drugi korak u razvijanju QA moglo bi da bude da se ponudi i promoviše akreditovanje zdravstvenih objekata. Akreditacija obezbjeđuje potpuno i sveobuhvatno utvrđivanje mjerila (benchmarking) za strukturu i rad zdravstvenih objekata. Realizuju je agencije za akreditaciju i podrazumijeva visoke troškove u smislu vremena zaposlenih i resursa. Kako komisije za QA budu sticale iskustvo u upravljanju kvalitetom, akreditacija bi mogla predstavljati sljedeći korak ka sveobuhvatnom kvalitetu.

3.2.4 Palijativna njega

Palijativna njega će se primjenjivati za liječenje i njega oboljelih od određenih hroničnih bolesti i bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Palijativna njega nije isto što i njega ljudi na samrti, jer ona uključuje i podršku za porodicu pacijenta ili za one koji se o njemu brinu. Palijativna njega treba da omogući pacijentu da se osjeća što ugodnije kroz ublažavanje bolova i drugih neprijatnih simptoma i da se istovremeno pruža psihološka, socijalna i duhovna podrška samom pacijentu i osobama koje se o njemu brinu.

Palijativnu njega će se sprovoditi u sklopu redovne njege, a ne kao posebna usluga i mora postati sastavni dio integralne zdravstvene obrade (na svim nivoima i kod svih specijalnosti).

Palijativna njega podrazumjeva kategorizaciju pacijenata koja će iskazati stvarne potrebe pojedinih pacijenata za nivoom zdravstvene njege (prosječno trajanje njege).

Preduslov za rad u ovoj oblasti je razvoj standarda palijativne njege, razvoja smjernica, obuke kadrova u smislu sticanja znanja, vještina i stavova i formiranje namjenskih kapaciteta.

Najmanje 3 – 5 % postelnog fonda odjeljenja treba opredijeliti za potrebe pružanja palijativne njege.

Model palijativne njege

Institucionalni okvir za pružanje palijativne njege:

- ambulante izabranih doktora,
- jedinice za patronažu,
- jedinice za hitnu medicinsku pomoć i
- bolnicki kapaciteti.

Kadrovski kapaciteti za pružanje palijativne njege po nivoima:

- primarne zdravstvene zaštite: izabrani doktor i medicinska sestra, patronažna sestra, doktori i sestra iz hitne medicinske pomoci (palijativni timovi);
- sekundarne zdravstvene zaštite: dominantno medicinske sestre uz povremeno angažovanje doktora svih specijalnosti (palijativna odjeljenja).

Generalno, palijativna njega zahtijeva pretežno angažovanje medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Potrebno je pronaći model za stimulaciju patronažnih sestara kako bi pokrivale potrebu za palijativnom negom u toku 24 h, kao i za stimulaciju izabranih doktora kako bi bili motivisani da sprovode kućno liječenje.

Oprema:

- adekvatna oprema (npr. boca sa kiseonikom),
- materijal (npr. sterilni materijal) i
- lijekovi (npr. opijati).

3.2.5 Značaj procjene zdravstvenih tehnologija

Zahvaljujući istraživanju i inovacijama neprestano se uvode nove tehnologije koje imaju potencijal da poboljšaju zdravlje populacije kroz djelotvorniju zaštitu.

Pružanje zdravstvenih usluga realizuje se u uslovima sve veće političke i ekonomske složenosti – brze tehnološke promjene vrše pritisak na sisteme zdravstvene zaštite da postojećoj lepezi tehnologija dodaju nove preventivne, dijagnostičke, intervencije na planu liječenja i rehabilitacije. Taj pritisak je aktuelan i pružaocima zdravstvenih usluga je teško da odgovore na očekivanja svih korisnika. Ograničeni resursi traže odluke o uvođenju novih tehnologija i korišćenju postojećih.

Međutim, ne dovodi svaki novi tehnološki napredak do neto koristi u zdravstvu. Istorija medicine i zdravstva bilježi brojne primjere tehnologija koje nijesu dovele do očekivane dobrobiti ili su se čak pokazale kao štetne. Ipak, tehnologije čija je uspješnost dokazana, to jest one koje se vezuju za relevantna poboljšanja zdravlja, postavljaju stalni izazov zdravstvenim sistemima jer njihova primjena može zahtijevati dodatne resurse (i to ne samo finansijske) ili preraspodjelu postojećih (ograničenih) resursa u okviru sistema zdravstva.

Uspon procjene zdravstvenih tehnologija (*Health Technology Assessment - HTA*) odražava tenzije između nacionalnih zdravstvenih sistema izgrađenih na korišćenju javnih sredstava (u većini razvijenih zemalja) i brzog globalnog rasta naučnih dostignuća i inovacija u oblasti zdravstvene zaštite.

Zajedno sa medicinom zasnovanom na konkretnim pokazateljima (*evidence-based medicine - EBM*) i smjernicama za kliničku praksu (CPG), HTA spada u grupu najboljih praksi u sektoru zdravstva. HTA je često veoma politizovan proces, s obzirom da je povezana sa pitanjima kao što je dodjela resursa u kojima se oskudijeva, centralizacija moći u zdravstvenim sistemima, podjela odgovornosti između stručnjaka i političara i, opštije gledano, pitanja pravičnosti i legitimnosti.

Zdravstvena tehnologija se definiše kao primjena naučnih saznanja u zdravstvenoj zaštiti i prevenciji. Ona pokriva širok opseg u koji spadaju: dijagnostičke i metode liječenja, medicinski i hirurški zahvati, medicinska sredstva, oprema i potrošni materijal, pejsmejkeri, CT skeneri, hirurške rukavice, kompleti za dijagnostičke provjere, lijekovi, metode prevencije i rehabilitacije, organizacioni i prateći sistemi u okviru kojih se pruža zdravstvena zaštita (npr. elektronski sistemi za evidentiranje pacijenata, sistemi telemedicine, liste lijekova, banke krvi, kliničke laboratorije), sistemi organizovanja i upravljanja kao npr. plaćanje na osnovu grupa povezanih dijagnozom, alternativne konfiguracije zdravstvene zaštite, klinički putevi, programi za ukupno upravljanje kvalitetom.

Procjena zdravstvene tehnologije (HTA) je multidisciplinarna aktivnost u kojoj se sistematski ispituje tehnički učinak, bezbjednost, klinička efikasnost i djelotvornost, trošak, ekonomičnost, organizacione implikacije, socijalne posljedice, pravna i etička pitanja u vezi primjene zdravstvene tehnologije. HTA rezimira informacije o medicinskim, socijalnim, ekonomskim i etičkim pitanjima vezanim za korišćenje zdravstvene tehnologije na sistematski, transparentan, nepristrasan i pouzdan način.

Ona ima za cilj da posluži za formulisanje bezbjednih, djelotvornih zdravstvenih politika koje su usredsređene na pacijenta i koje teže postizanju najbolje vrijednosti. I pored svojih ciljeva na nivou politike, HTA uvijek mora biti čvrsto ukorijenjena u istraživanju i naučnoj metodi. Za procese izrade politika, HTA pruža na konkretnim pokazateljima zasnovan input o korišćenju tehnologije u zdravstvenim uslugama i teži da promoviše izradu politika potkrijepljenu konkretnim pokazateljima. Takođe, HTA ima opštu funkciju u demokratskim procesima, pošto ostvaruje transparentnost i može pomoći da se obezbijedi odgovornost za vladine odluke i učinak. Prema tome, nužno je obezbijediti da se zdravstvene tehnologije na odgovarajući način ocjenjuju i efikasno primjenjuju u zdravstvenoj zaštiti. Kako bi se optimizovala zaštita uz korišćenje raspoloživih resursa trebalo bi promovisati najuspješnije tehnologije, a istovremeno uzeti u obzir organizaciona, društvena i etička pitanja. Većina država članica EU uspostavile su formalni program HTA ili razmatraju izvodljivost uspostavljanja službe za prikupljanje informacija o HTA za potrebe potkrepljivanja izrade politika u zdravstvu.

S obzirom na značaj i implikacije HTA na sistem zdravstva, neophodno je promovisati one strukture i procese koji pogoduju izradi procjena tehnologije u Crnoj Gori koje će imati uticaja u usmjeravanju politika i kliničkih praksi ka najboljim mogućim rezultatima po zdravlje i troškove (institucionalizacija HTA).

Institucionalizovane HTA mogu se koristiti na razne načine u svrhu pružanja informacija ili savjeta u izradi politika vezanih za tehnologije. Tu spada informisanje ili pružanje savjeta:

- regulatornim agencijama poput Agencije za lijekove o tome da li dozvoliti komercijalnu upotrebu (npr. plasiranje na tržište) nekog lijeka, sredstva ili druge tehnologije;
- plaćiocima i pružiocima zdravstvene zaštite i poslodavcima o tome da li tehnologije treba uključiti u paket usluga ili programe za upravljanje bolestima, kroz bavljenje pitanjem obuhvata (da li plaćati ili ne) i refundiranja (koliko plaćati);
- kliničarima i pacijentima o adekvatnom korišćenju zdravstvenih intervencija za kliničke potrebe i situaciju određenog pacijenta;
- udruženjima zdravstvenih radnika o ulozi tehnologije u kliničkim protokolima ili smjernicama za praksu;
- bolnicama, zdravstvenim mrežama o odlukama u vezi nabavke neke tehnologije i upravljanja njome;
- organizacijama za utvrđivanje standarda za zdravstvene tehnologije i pružanje zdravstvene zaštite u vezi proizvodnje, korišćenja, kvaliteta zaštite, i drugih aspekata zdravstvenih tehnologija;
- vladinim resornim zvaničnicima u vezi realizovanja programa javnog zdravlja (npr. vakcinacija, pregledi u cilju otkrivanja - *screening* i programi za zaštitu životne sredine);
- zakonodavcima i drugim političkim liderima u vezi politika koje se tiču tehnoloških inovacija, istraživanja i razvoja, regulisanja, plaćanja i pružanja zdravstvene zaštite;

- kompanijama koje proizvode zdravstvene proizvode o kreiranju proizvoda i odlukama o marketinškom plasiranju;

- investitorima i kompanijama u vezi finansiranja rizičnim kapitalom, akvizicija i prodaje sredstava i drugih transakcija koje se tiču kompanija koje snabdijevaju proizvodima i uslugama.

Prilikom procjene zdravstvenih tehnologija treba uzeti u obzir ekonomičnost, ali i druge faktore.

Time bi se:

- unaprijedila transparentnost procesa odlučivanja i odgovornost prema poreskim obveznicima;
- povećala dosljednost u odlučivanju – na primjer, tako što bi se obezbijedilo da se ova pitanja tretiraju na sličan način;
- podstakla veća dosljednost između načina na koji se donose odluke HTA o novim tehnologijama i načina na koji pružaoci zdravstvenih usluga odlučuju kako će rasporediti svoj budžet;
- pružila prilika da se javnost uključi u odlučivanje o tome koje kriterijume primijeniti i koji je njihov značaj;
- pojačali signali prema industriji o tome koje aspekte inovacija cijeni zdravstveni sektor i kako bi trebalo usmjeriti aktivnosti u sklopu istraživanja i razvoja (R&D).

Na osnovu uporednih iskustava, u svrhu prioritizacije novih zdravstvenih tehnologija treba primijeniti sljedeće principe i kriterijume:

Principi:

Principi alokativne pravičnosti	Kriterijumi
Potreba	<ul style="list-style-type: none"> • Opšti • Step en ozbiljnosti stanja • Postojanje alternativa
Adekvatnost	<ul style="list-style-type: none"> • Efikasnost i bezbjednost • Djelotvornost
Kliničke prednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Opšti • Efekat po mortalitet (spašavanje života) • Efekat po dugovječnost • Efekat po kvalitet života vezan za zdravlje
Efikasnost	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomičnost/korist • Budžetski efekat • Trošak

Principi alokativne pravičnosti	Kriterijumi
Jednakost	<ul style="list-style-type: none"> • Opšti • Pristupačnost usluga • Finansijska pristupačnost za pojedinca
Solidarnost	
Druge etičke ili socijalne vrijednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomija • Vrijednost za javno zdravlje • Efekti po buduće generacije
'Ostala' pitanja:	
Ostala pitanja koja nijesu obuhvaćena klasifikacijom	<ul style="list-style-type: none"> • Strateška pitanja • Dosljednost u odnosu na ranije odluke i presedane

3.3 Finansiranje

3.3.1 Situaciona analiza

Sistem obaveznog zdravstvenom osiguranju baziran je na načelima obaveznosti, solidarnosti, jednakosti i uzajamnosti. Shodno Zakonu o zdravstvenom osiguranju, predviđena je i mogućnost uvođenja dobrovoljnog osiguranja kako bi se pokrili troškovi nestandardne zdravstvene zaštite i specijalnih usluga u pružanju zdravstvene zaštite u smislu odabira osoblja, smještaja i vremena pristupa zdravstvenoj zaštiti, kao i pravima na ZZ koja nije obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i finansiranje zdravstvenih usluga obezbijeđeno je kroz djelatnost Fonda za zdravstveno osiguranje, dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu sprovođiti Fond za zdravstveno osiguranje i osiguravajuća društva.

Sistem zdravstvene zaštite u Crnoj Gori finansira se kroz doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje, koji predstavljaju dominantni oblik finansiranja i opšte prihode budžeta. U strukturi ukupnih prihoda za finansiranje zdravstvene djelatnosti, prihodi od doprinosa za zdravstvenu zaštitu čine 76% prema ostvarenju u 2010. god.

Zbog negativnih efekata globalne finansijske krize na punjenje budžeta za zdravstvo, Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje sa primjenom od 1. januara 2010. god. Povećane su stope doprinosa za zdravstveno osiguranje sa 10.5 % na 12.3 %, kada je riječ o zaposlenima. Dok je s druge strane, stopa doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje penzionera pretrpjela značajno smanjenje sa 19% na svega 1%.

U cilju obezbjeđenja šireg obuhvata obveznika poreza i doprinosa, kao i unaprijeđenja stepena efikasnosti naplate javnih prihoda, donijet je Zakon o objedinjenoj registraciji i naplati obveznika 2005. god. Implementacija ovog zakona u dijelu obezbjeđivanja jedinstvene naplate poreza i doprinosa počela je u januaru 2011. god. Sprovođenje ovih poslova povjereno je Poreskoj upravi. Očekuje se da će se primjenom ovog Zakona omogućiti povećanje javnih prihoda, a samim tim će se stvoriti uslovi i za povećanje za finansiranje zdravstvene zaštite.

Za razliku od ranijeg perioda, Fond za zdravstveno osiguranje integrisan je u sistem trezorskog poslovanja u okviru jedinstvenog konsolidovanog računa državnog trezora.

Shodno Zakonu o budžetu, budžet HIF realizuje se kroz 2 programa:

1. Program – HIF i
2. Program – zdravstvene institucije

Shodno Zakonu o budžetu, sredstva za finansiranje pružaoca zdravstvenih usluga utvrđena u okviru "Program – zdravstvene institucije" realizuju se kroz budžetske pozicije i to: Zarade, ostala lična primanja, transferi institucijama (sredstva za lijekove i medicinska sredstva, ostali materijalni troškovi: hrana u bolnicama, energenti, investiciono i tekuće održavanje, ugovorene obaveze; stomatološke usluge; troškovi odlaganja medicinskog otpada; sredstva higijene...) i kapitalni izdaci (za objekte i opremu).

Ovaj finansijski aranžman ne prepoznaje Fond za zdravstveno osiguranje kao kupca zdravstvenih usluga, već se nastavlja sa praksom plaćanja kapaciteta. Fond za zdravstveno osiguranje inaugurisan je kao administrator finansiranja pružanja zdravstvene zaštite bez mogućnosti da pružaoce zdravstvene zaštite, bilo u javnom ili privatnom sektoru, plaća za pruženu zdravstvenu uslugu.

Prema podacima iz Nacionalnih zdravstvenih računa, u periodu od 2004-2006. god. Udio privatnih troškova za zdravstvenu zaštitu iznosio je oko na 25% ukupne zdravstvene potrošnje. Na porast ovih troškova značajno su uticala neformalna plaćanja, koja su iznosila 12.5% prosječne neto plate u toku 2010. god.

Uvidom u izvještaje o finansijskom poslovanju, došlo se do zaključka da deficiti u poslovanju Fonda za zdravstveno osiguranje predstavljaju hronični i dugogodišnji problem u sistemu zdravstva CG.

Deficit izkazan kroz kumulirane neizmirene obaveze Fonda i zdravstvenih ustanova na dan 31. dec 2009. god iznosio je cca 25 mil EUR.

Od tog iznosa Ministarstvo finansija je preuzelo obaveze u iznosu od 14,8 mil EUR u toku 2010. god i iste izmirilo na teret centralnog budžeta.

Detaljnou analizom izvještaja o finansijskom poslovanju, ustanovljeno je da je etiologija deficita kompleksna i da su uzroci njegovog nastanka višestruki:

- nedovoljnost sredstava za finansiranje zdravstva usljed, izmedju ostalog, niske stope doprinosa sa malim nivoom izdašnosti zbog značajnog nivoa nezaaposlenosti,
- neefikasna naplata doprinosa i izbjegavanje obaveza plaćanja doprinosa,
- finansiranje kapitalnih investicija i opreme iz sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- postepeno uvođenje brojnih novih zdravstvenih tehnologija bez prethodno sprovedene analize njihovih kliničkih i finansijskih efekata,
- neracionalna politika propisivanja i korišćenja lijekova,
- neracionalna mreža zdravstvenih,
- obiman paket usluga i
- neefikasnost u organizovanju i pružanju zdravstvene zaštite.

Preporuke

U cilju ostvarivanja osnovnih opredjeljenja Master plana (2010. -2013. god.), koja se odnose na :

- ograničavanje rasta zdravstvenih troškova,
- promovisanje kvaliteta i efikasnosti pružanja usluga i
- unaprijeđenje efikasnosti i racionalnosti korišćenja resursa.

a radi obezbjeđivanja finansijske održivosti zdravstvenog sistema, neophodno je:

1. definisati finansijski aranžman (uvođenje ugovaranja i novog modela plaćanja zasnovanog na DRG modelu),
2. redefinisati uloge ključnih nosilaca zdravstvene i finansijske politike (MF, MZ, FZO) i
3. identifikovati osnovne generatore troškova u zdravstvu i na njih djelovati adekvatnim mjerama.

Efikasnost zdravstvenog sistema na globalnom nivou se postiže putem tehničke efikasnosti (TE)- organizacija pružanja usluga i alokativne efikasnosti (AE)- utvrđivanje finansijskih resursa. Ministarstvo finansija je uglavnom odgovorno za AE (učešće budžeta za pružanje zdravstvenih usluga), tako da Ministarstvo finansija određuje ukupan budžet i određuje finansijske prioritete u smislu relativne finansijske težine socijalne politike u budžetu. Takođe, Ministarstvo finansija prati i kontroliše javnu potrošnju po ekonomskim kategorijama (uključujući fiksne troškove i varijabilne trošk

Ministarstvo zdravlja mora da upravlja zdravstvenim budžetom s obzirom da je odgovorno za TE. U ekonomskom smislu, neophodno je uzeti u obzir da je MZ odgovorno za najbolju alokaciju resursa među glavnim inputima funkcije zdravstvene proizvodnje:

$$H = f (K, S, HR) \text{ s.t budžetsko ograničenje}$$

Gdje je K: kapital / investicije

S: Sredstva

HR: Ljudski resursi

Bez sposobnosti da se efikasno alociraju resursi odnosno autonomije u finansijskom menadžmentu, nemoguće je postići tehničku efikasnost (tj. optimizaciju proizvodne funkcije).

Stoga, neophodno je obezbijediti autonomiju sektora zdravstva (MZ, FZO i pružaoci zdravstvenih usluga) na makro, mezo i mikro nivou, princip supsidijarnosti^[1] u alokaciji resursa i definisanju modela plaćanja. U protivnom, efikasnost u funkcionisanju zdravstvenog sistema je ugrožena.

Tezu da je autonomija u realociranju sredstava pretpostavka efikasne organizacije pružanja usluga i motivisanosti pružaoca usluga za racionalnim ponašanjem odnosno ostvarivanjem ušteda potvrđuju rezultati analize broja i strukture ukupnih porođaja u CG na nivou opštih bolnica u 2010. god. Prema podacima dobijenim iz informacionog sistema opštih bolnica, u Crnoj Gori u toku 2010. god. obavljeno je ukupno 3992 porođaja, od čega je 1236 ili 31% završeno carskim rezom .

Analizom raspoloživih podataka, došlo se do zaključka da procenat porođaja u CG završenih carskim rezom u značajan prevazilazi SZO preporuke 10 – 15% od ukupnih porođaja. Samo jednom reformskom intervencijom u pogledu jednog tipa zdravstvene usluge na nivou opštih bolnica (ne

računajući KCCG), koja bi imala za cilj obezbjeđivanje autonomije u alociranju resursa na mikro nivou i motivisanje neposrednog pružaoca usluga da procenat porođaja sa carskim rezom svede na nivo SZO preporuke, ostvarila bi se ušteda u iznosu od cca 750 000 Eur .

Osnovni generatori troškova u zdravstvu

Ukoliko Ministarstvo finansija sprovodi kontrolu i utvrđuje obim i cijenu jednog od zdravstvenih resursa (broj medicinskog i nemedicinskog osoblja i plate), takav model nema mogućnost da maksimizira / optimizira funkciju zdravstvene proizvodnje. Drugim riječima, ako se broj i zarade zaposlenih u zdravstvu tumače kao osnovni generator rashoda u zdravstvu, i ukoliko se Ministarstvo finansija fokusira samo na njihovu kontrolu sistem ne ostvaruje potencijal za uštede, kao rezultata bolje / optimalne alokacije resursa.

Efikasnu kontrolu troškova u zdravstvu nije moguće ostaviti samo jednostranim sagledavanjem strukture troškova odnosno uzimanjem statičnog aspekta troškova u obzir. Međunarodna iskustva ukazuju na nužnost praćenja kontrole osnovnih generatora troškova odnosno sagledavanje dinamičkog aspekta nastanka troškova.

Prema raspoloživim podacima Fonda za zdravstveno osiguranje, bruto zarade i ostala lična primanja za zaposlene u zdravstvenom sistemu u 2010. god. učestvuju sa 58% u strukturi ukupno planiranog Budžeta namijenjenog zdravstvenim institucijama. Ne treba zaboraviti da je zbog prirode posla u sektoru zdravstva neophodno obezbijediti kontinuirano pružanje zdravstvene zaštite u toku 24 časa svih dana u godini (365 dana), sto rezultira postojanjem specifičnih oblika rada tipa: dežurstva, pripravnosti, smjenski rad, noćni rad i sl.

Prema raspoloživim podacima MONSTATATA za 2010. godinu, udio zarada za zaposlene u drugim javnim sektorima kreće se do 95% u strukturi njihovog budžeta.

U strukturi budžeta namijenjenog finansiranju zdravstvenih institucija, udio troškova za lijekove i medicinska sredstva i opremu iznosi cca 29

Faktori koji dinamiziraju porast rashoda su brojni i u različitom stepenu učestvuju u povećanju rashoda.

Međunarodna iskustva potvrđuju da su zdravstvene tehnologije osnovni generator troškova i uzrok njihovog rasta, ne samo zbog cijene koštanja ovih tehnologija već i zbog činjenice sto se nerijetko uvode u praksu bez prethodnog preispitivanja efikasnosti sa kliničkog i finansijskog aspekta. Prema međunarodnoj literaturi, nove tehnologije i farmaceutski proizvodi odgovorni su za 30-40% povećanja troškova, pod pretpostavkom da je inflacija pod kontrolom.

Imajući na umu gore navedeno, strategija za kontrolu potrošnje u zdravstvu treba da promovise

- osnovne principe tehničke efektivnosti odnosno autonomiju sektora zdravstva na makro, mezzo i mikro nivou u realociranju resursa
- model plaćanja baziran na uslugama , umjesto finansiranja kapaciteta
- uvođenje ugovaranja za kupovinu usluga kako bi se definisali uslovi za plaćanje efekta i rezultata pružanja zdravstvene zaštite i regulisao odnos između jednog platioca (FZO) i pružaoca zdravstvenih usluga

- racionalnost u pružanju zz kroz politiku podsticaja / stimulanja / nagradjivanja zaposlenog za kvalitetno i efikasno pruženu zdravstvenu uslugu.
- dosljednu primjenu kliničkih protokola i smjernica u pružanju zdravstvene zaštite, kao i uvođenje novih tehnologija kada je to opravdano sa klinič i fin stanovista
- fiskalnu stabilnost sektora zdravstva kroz donošenje dugoročnog fiskalnog plana za stabilizaciju zdravstvenog sistema koji će obuhvatiti godisnju prognozu zdravstvene potrosnje i javnih prihoda u sektoru zdravstva u cilju svodjenja fiskalnog deficita na nulu.

Polazeći od uloge Ministarstva finansija u kreiranju i implementaci fiskalne politike, kao i obezbjedjivanju i kontroli prihoda potrebnih za finansiranje sistema zdravstvene zaštite, neophodno je učesče predstavnika MoF u upravljačkoj strukturi Fonda za zdravstveno osiguranje.

Participacija i strategija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

Participacija u zdravstvu obično se koristi kao instrument

- za racionalno korišćenje usluga pokrivenih kroz obavezno zdravstveno osiguranje odnosno za upravljanje tražnjom (kontrolna funkcija) i/ ili
- povećanja prihoda zdravstvenog sistema (finansijska funkcija).

Model participacije u CG koncipiran je na način da ostvaruje samo finansijsku funkciju. Naime, utvrđeni iznosi participacije su isuviše niski da bi predstavljali prepreku u pogledu dostupnosti zdravstvenoj zaštiti i da bi se koristila kao instrument za upravljanje tražnjom.

Neophodno je jasno definisati integrisani paket usluga pokriven kroz obavezno zdravstveno osiguranje, u koji bi se progresivno uključivale nove zdravstvene tehnologije za koje je ustanovljeno kroz program procjene da su troškovno isplative. Poštovanje principa troškovne isplativnosti predstavlja pretpostavku finansijske održivosti osnovnog paketa.

Ukoliko se primjenom programa procjene ustanovi da zdravstvena tehnologija nije u potpunosti troškovno isplativa, uvodi se participacija kroz sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U cilju povećanja broja korisnika sistema dobrovoljno osigurane participacije, potrebno je uvesti fiskalne olakšice (poreska olakšica povezana sa ličnom rentom). Paket usluga koji pruža obavezno osiguranje nije adekvatno definisan, a populacija je relativno mala da bi se primijenio standard za dijeljenje rizika za profit (izbjeci će se interesovanje privatnih kompanija da učestvuju jer se to može smatrati opasno "uskim tržištem").

Kroz sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja participacija socijalizovaće se cijena i usluge će se učiniti finansijski pristupačnijim u poredjenju sa cijenama usluga čiji se trošak pokriva direktnim plaćanjem iz džepa.

Komparativna iskustva ukazuju da se ova vrsta "socijalizacije cijena" javlja kada je riječ o uslugama iz oblasti stomatologije, oftalmologije ili pedijatrije.

Sistem dobrovoljnog osiguranja participacija za pokrivanje dijela troškova za pružanje zdravstvene usluge pokazao se opravdanim naročito u slučajevima kada se planira revizija osnovnog paketa usluga pokrivenog iz obaveznog osiguranja sa aspekta prava, obima usluga i načina pokrivanja troškova. Takođe, ovaj sistem obezbjedjuje dodatna sredstva za finansiranje sistema zdravstvene zaštite, pospešuje kapacitet zdravstvenog sistema da odgovori narastajućim očekivanjima građana i izazovima i omogućava veće učesče pacijenata u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite.

Neformalna plaćanja

Neformalna plaćanja su "davanja individualnom ili institucionalnom pružaocu usluga, u naturi ili gotovini, van službenih kanala plaćanja ili kupovine čiji je trošak trebao da pokrije zdravstveni sistem".

Rezultati nedavno sprovedenog istraživanja „Ocjena integriteta zdravstvenog sistema u Crnoj Gori“ ukazali su da je stopa neformalnih plaćanja na sekundarnom i tercijarnom nivou značajna, kao i da pacijenti u prosjeku izdvajaju 60€ na ime neformalnih plaćanja medicinskom osoblju. Učešće neformalnih plaćanja u prosječnoj neto plati tokom 2010. godine iznosi 12,5%². Sa druge strane, građani Crne Gore navedenim iznosom od 60€ povećavaju prosječna mjesečna primanja ljekara sekundarnog i tercijarnog nivoa u prosjeku od 5 do 6% po jednom davanju, a medicinskih sestara od 14% do 15%. Ovi podaci takodje ukazuju na platežnu moć i spremnost društva da plaćaju zdravstvene usluge.

S obzirom da se neformalna plaćanja javljaju na samom mjestu i u trenutku pružanja usluga, direktno utiču na dostupnost zdravstvenoj zaštiti kao jedan od osnovnih principa organizovanja i funkcionisanja zdravstvene zaštite. Zbog osjetljivosti situacije i ranjivosti onog koji plaća, ovaj vid plaćanja smatra se ucjenom i iznudom. Svaki pojedinac je na udaru i pogođen ovim oblikom korupcije. Neformalna plaćanja posebno pogadjaju vulnerabilne kategorije tj. siromašnije segmente populacije. Neformalna plaćanja slabe reformske napore nacionalnih zdravstvenih vlasti na planu unaprijeđenja odgovornosti i doprinose uspostavljanju korupcije kao endemske pojave, istovremeno urušavajući povjerenje u strukture sistema zdravstva.

Neformalna plaćanja predstavljaju sistemski problem čije rješenje pretpostavlja jačanje veza između antikorupcijskih inicijativa i aktivnosti na planu jačanja dobrog upravljanja.

Takođe, neophodno je preduzeti mjere integrisane u strategii reforme bolničkog sektora a odnose se na

- a) reformu sistema plaćanja,
- b) jačanje kapaciteta sistema za sprovođenje kontrole kvaliteta pruženih usluga i monitoring rada i učinka pružaoca usluga
- c) dalje jačanje zdravstvenog integralnog informacionog sistema, kao ključne alatke dobrog upravljanja
- d) razvoj privatnog sektora u dijelu pružanja usluga i sprovođenja osiguranja
- e) intezivnije uključivanje građana u proces donošenja javnozdravstvenih odluka
- f) razvijanje svijesti kod građana u cilju mijenjanja kulture, shvatanja i navike da se njeguje mit o plaćanju iz zahvalnosti.

Na sinhronizovan i koordiniran način kako bi se ukinula praksa neformalnih plaćanja koja urušavaju prioritete zdravstvene politike i dodatno opterećuju građane.

Uvođenje sistema plaćanja zasnovanog na slučaju (DRG model)

Sistem plaćanja pružaoca usluga predstavlja važan instrument u promovisanju razvoja zdravstvenog sistema i ostvarivanju ciljeva zdravstvene politike. Metod plaćanja pružaoca usluga predstavlja mehanizam za prenošenje sredstava od kupca zdravstvenih usluga na pružaoca, dok sistem plaćanja pružaoca usluga predstavlja metod plaćanja kombinovan sa svim sistemima za podršku (sistem za

² Prosječna plata u 2010. godini je iznosila 479€ bez poreza, MONSTAT.

upravljanje informacijama, mehanizmi odgovornosti koji prate metod plaćanja). U kontekstu zdravstvenog sistema kroz sistem plaćanja ostvaruje se mnogo više od pukog transferisanja finansijskih sredstava u cilju pokrivanja troškova. Podsticaji koje kreiraju metodi plaćanja i odgovor pružaoca usluga na takve podsticaje značajno utiču na način alociranja resursa u zdravstvu i pružanja usluga.

Sistem plaćanja doprinosi ostvarivanju ciljeva zdravstvene politike na način što pospješuje pristup potrebnim zdravstvenim uslugama, bolji kvalitet zdravstvene zaštite, jednakost u uživanju zdravstvene zaštite, dok u isto vrijeme promoviše efektivnu i efikasnu upotrebu resursa i , kada je to potrebno, kontrolu troškova.

Imajući na umu veličinu bolničke potrošnje u ukupnom zdravstvenom budžetu, način plaćanja bolnica snažno utiče na učinak ukupnog zdravstvenog sistema.

Komparativna iskustva ukazuju da sistem plaćanja zasnovan na slučaju predstavlja dragocjeni instrument za preusmjeravanje sistema plaćanja zasnovanog na inputima i održavanju bolničke infrastrukture ka sistemu plaćanja koji promoviše rezultate. Ovo je način da se uvedu podsticaji za unaprijeđivanjem efikasnosti i konkurentnosti u bolnički sektor.

Uvođenje sistema plaćanja zasnovanog na slučaju koji koristi DRG model u Crnoj Gori imaće za cilj promociju kontrole potrošnje u bolničkom sektoru. Osim toga, uvođenjem ovog sistema plaćanja želi se unaprijediti upravljanje i korišćenje resursa, obezbijediti preusmjeravanje troškova na usluge koje su isplative i unaprijediti jednakost u finansiranju.

Implementacija DRG modela u Crnoj Gori doprinijeće :

- promjeni načina razmišljanja kod kreatora politike i pružaoca usluga u smislu da se zdravstvene usluge pružaju građanima umjesto da se stvara i održava infrastruktura,
- motivisanju bolnica da unaprijede kvalitet usluga sa korišćenjem manje inputa,
- uvođenju konkurentnosti među pružaocima usluga i prava izbora za pacijente sto rezultira povećanjem kapaciteta sistema da odgovori i zadovolji zdravstvene potrebe populacije
- otvaranju mogućnosti da se iz javnog zdravstvenog fonda plaćaju privatni pružaoci zdravstvenih usluga
- restrukturiranju sistema pružanja zdravstvenih usluga
- zatvaranju neefikasnih bolnica ili odjeljenja
- unaprijeđenju efikasnosti u alociranju resursa među bolnicama, kao i između bolničkog i drugih nivoa zdravstvene zaštite
- unaprijeđenju jednakosti u finansiranju između bolnica, gravitacionih područja ili populacionih grupa
- generisanju informacija neophodnih za bolje upravljanje zdravstvenim sistemom,
- povećanju upravljačke autonomije pružaoca usluga.

Uvođenje DRG modela podrazumijeva postojanje sljedećih pretpostavki:

- neophodno je razviti kapacitet kupca zdravstvenih usluga da upravlja novim sistemom plaćanja, uključujući kapacitet da razvije i implementira ugovore sa pružaocima, upravlja informacionim sistemom i sistemom kontrole i obezbjeđivanja kvaliteta, kao i da sprovodi monitoring i evaluaciju realizacije ugovora.
- odnos između platioca i pružaoca zdravstvenih usluga mora biti jasno definisan, a naročito sa privatnim pružaocima, uključujući razvijanje ugovora ili drugih mehanizama koji specificiraju usluge koje će biti pružene i cijene po kojima će se plaćati usluge, koji su resursi raspoloživi ugovornim stranama ukoliko uslovi ugovora ne budu ispoštovani,

- neophodno je uspostaviti/ definisati određeni stepen konkurentnosti i finansijskog rizika kojima će bolnice biti izložene u okviru novog sistema plaćanja. Tako na primjer, ukoliko je cilj novog sistema restrukturiranje modela pružanja usluga, moguće je donijeti odluku da bolnice treba izložiti većem stepenu konkurencije i većem finansijskom riziku, tako da novi sistem plaćanja rezultira smanjivanjem broja bolnica i njihovim zatvaranjem,
- pružaoci usluga moraju biti upoznati sa podsticajima koje proizvodi novi sistem plaćanja. Potrebno je uložiti značajne napore na planu edukovanja pružaoca usluga o novom sistemu plaćanja, kako bi razumjeli koje su promjene moguće i potrebne za uspješno funkcionisanje u okviru novog sistema.
- Pružiocima zdravstvenih usluga mora se obezbijediti određeni stepen autonomije u pogledu reorganizovanja modela pružanja usluga i upravljanja inputima kako bi se odgovorilo novim podsticajima koji proizilaze iz sistema plaćanja. Pružaoci usluga moraju uživati autonomiju u pogledu:
 - a) kadra: odluke o zapošljavanju i otpuštanju zaposlenih, visini nadoknada, beneficija;
 - b) ostalih inputa: odluke o količini i vrsti lijekova, potrošnom materijalu, i drugim inputima koji se koriste u pružanju zdravstvene zaštite,
 - c) fizičke infrastrukture: odluke o raspolaganju
 - d) organizacione strukture: odluke o menadžerskoj strukturi, organizaciji odjeljenja, pomoćnih usluga, ugovaranju tehničkih servisa....
 - e) korišćenja viška prihoda: odluka o korišćenju viška prihoda koji je nastao kao rezultat mjera efikasnosti
- Pružaoci usluga moraju imati kapacitet da upravljaju internim resursima u okviru novog modela plaćanja, uključujući sistem računovodstva i informacioni sistem,

Radi obezbjeđivanja pretpostavki relevantnih za uvođenje DRG modela potrebno je izvršiti promjene normativnog okvira (propisi iz oblasti radnog prava, javnih finansija).

3.4 Funkcija upravljanja

- **veća autonomija kreatora zdravstvene politike i pružaoca zdravstvenih usluga**

Ministarstvo zdravlja (MZ) kao kreator zdravstvene politike ostvaruje funkciju upravljanja nad bolničkim sektorom kroz definisanje minimuma kadrovskog, prostornog i tehničkog normativa, davanje saglasnosti na interna akta (statut i pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta), određivanja maksimuma djelatnosti i finansijskog okvira za obavljanje djelatnosti.

Od januara 2011. god., shodno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, autonomija u upravljanju kadrovima u zdravstvu pripala je Ministarstvu finansija.

Direktori bolnica ne posjeduju autonomiju kada je riječ o upravljanju kadrovima i finansijskom menadžmentu, što guši inovativnost i čini rukovodstvo bolnica nemotivisanim da na najracionalniji način koriste resurse u okviru zadatog budžeta.

Stoga, neophodno je

- a) propisati da isključiva autonomija u upravljanju kadrovima u zdravstvu pripada mikro nivou, odnosno pružaocu usluga. Neophodno je izvršiti shodnu izmjenu Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Specifičnost prirode i poslova u sektoru zdravstva (proizvode se usluge) prepoznaje upravljanje

kadrovima na mikro nivou kao jedini efikasan i racionalan način upravljanja. Učinak izvršilaca / zaposlenih moguće je uspješno pratiti samo na mikro nivou, tj. sa nivoa pružaoca usluga. Rezultati evaluacije učinka predstavljaju ažurirani input za određivanje obima stvarnih potreba za kadrovima. Rigidna / kruta politika zapošljavanja u zdravstvu koja je centralizovana, definisana i implementirana / kontroliše se sa nacionalnog nivoa postiže kontra efeketa u smislu povećanja troškova kada konkretni izvršilac postaje faktor generisanja troška. Ovo rješenje je u skladu sa osnovnom idejom reforme bolničkog sektora da se plaćaju rezultati tj. usluge, umjesto kapaciteta. Takođe, ovo rješenje je u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji propisuje jednakost između javnih i privatnih zdravstvenih ustanova;

- b) propisati podijeljenu autonomiju između Ministarstva zdravlja i pružaoca usluga kada je riječ o organizovanju i obezbjeđivanju specijalističkog usavršavanja i kontinuirane edukacije;
- c) propisati podijeljenu autonomiju u dijelu finansijskog menadžmenta u smislu da Ministarstvo finansija vrši funkciju generisanja i sakupljanja sredstava za zdravstvo, dok sektor zdravstva kroz relevantne institucije (MZ i Fond zdravstva) autonomno planira sredstva i odlučuje o realokaciji resursa;
- d) propisati da objedinjene poslove nabavki sprovodi Fond zdravstva, koji bi na osnovu bilansa stanja pružaoca usluga pripremao tehničke specifikacije i sprovodio postupak evaluacije i selekcije najpovoljnijih ponuđača, dok bi pružaoci usluga zaključivali ugovore. Ovakav aranžman doprinio bi stvaranju uslova za obezbjeđivanje bolje nabavne cijene, imajući na umu mali obim planova nabavki pojedinačnih pružaoca usluga. Bilo bi neophodno da tokovi novca prate robne tokove. Objedinjavanje poslova nabavki rezultiralo bi unaprijeđenjem konkurentnosti i efikasnosti u poslovanju javnozdravstvenih ustanova;
- e) da pružaoci usluga budu prepoznati kao autonomni entiteti, a ne budžetske jedinice, kako bi se napravio otklon od dosadašnje prakse plaćanja kapaciteta i ojačao koncept ugovaranja za pruženu uslugu između platioca i pružaoca usluga. Pružaoci usluga su u obavezi izvještavanja prema Fondu zdravstva po kategorijama troškova koje je propisalo Ministarstvo finansija;
- f) propisati da veću autonomiju bolnica prati jasno definisanje i primjena pravne odgovornost rukovodstva.

Ove intervencije su neophodne pretpostavke pružanja efikasne i racionalne zdravstvene zaštite i ograničenja rasta troškova u zdravstvu, budući da se ostavlja mogućnosti za korišćenje podsticajnih mehanizama.

AKCIONI PLAN

za implementaciju STRATEGIJE ZA OPTIMIZACIJU SEKUNDARNOG I TERCIJARNOG NIVOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

I Oblast djelovanja : PRUZANJE USLUGA

Mreža zdravstvenih usluga	Nosilac	Vremenski period	Procijenjena vrijednost (€)	Izvor sredstava
1. Izrada mreže zdravstvenih ustanova, sa modelom integracije privatnog i javnog zdravstvenog sektora	Ministarstvo zdravlja, Institut za javno zdravlje	2011-2012	225.301,20	Svjetska banka / projekat
2. Izrada akt o sistematizaciji sa opisom poslova u bolničkom sektoru	Pruzaoci usluga – zdravstvene ustanove	2011-2012	0	Budžet pruzaoca usluga/ redovna akt
3. Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zastiti u dijelu vrste zdravstvenih ustanova /	Ministarstvo zdravlja	2012	0	Redovna aktivnost
Paket				
4. Izrada integralnog paketa usluga	Ministarstvo zdravlja, IJZ, Fond za zdravstveno osiguranje	2011-2012	234.939,76	Svjetska banka / projekat
5. Podzakonski akt sa opisom i sadržajem usluga	Ministarstvo zdravlja	2012	0	Budžet - Redovna aktivnost
6. Podzakonski akt o obimu usluga	Fond za zdravstveno osiguranje	2012	0	Budžet - Redovna aktivnost
7. Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenom osiguranju	Ministarstvo zdravlja	2011	0	Budžet - Redovna aktivnost
8. Izrada programa za procjenu zdravstvenih tehnologija	Ministarstvo zdravlja	2013	2.000,00	Budžet
Kvalitet				
9. Izrada modela obezbjeđivanja i unaprijedjenja kvaliteta	Ministarstvo zdravlja, IJZ	2011-2012	150.096,02	Svjetska banka / projekat
10. Izrada integralnog modela organizacije palijativne njege	Ministarstvo zdravlja	2012- 2013		Budžet - Redovna aktivnost

II Oblast djelovanja: GENERISANJE RESURSI				
Kadar				
Aktivnost	Nosilac	Vremenski period	Procijenjena vrijednost	Izvor sredstava
11. Izrada Master plana ljudskih resursa u zdravstvu, uključujući plan specijalizacija	Ministarstvo zdravlja, IJZ, FZO u saradnji sa Ministarstvom finansija	2012	120.481,91	Svjetska banka / projekat
Lijekovi i medicinska sredstva				
12. Izrada dokumenta o Nacionalnoj polititici lijekova		2011-2012	48.192,77	SZO, Svjetska banka / projekat
Informacione tehnologije 13. Uvodjenje integralnog bolnickog informacionog sistema a) izrada i instaliranje SW za specijalne bolnice i KCCG b) izrada i instaliranje SW za IJZ c) izrada i instaliranje SW za Agenciju za lijekove d) izrada i instaliranje SW za Ministarstvo zdravlja e) nabavka i instaliranje hardware za bolnicki sektor	Ministarstvo zdravlja, FZO	2011-2012	2.560.000,00 256.307,22 256.307,22 256.307,22 490.000,00	Svjetska banka /projekat, Budžet FZO
III Oblast djelovanja: FINANSIRANJE				
Aktivnost	Nosilac	Vremenski okvir	Procijenjena vrijednost	Izvor sredstava
14. Uvodjenje DRG modela	Ministarstvo zdravlja i FZO	2011-2012	372.263,77	Svjetska banka /projekat
15. Uvodjenje ugovaranja sa bolnicama	Ministarstvo zdravlja i FZO	2011-2012	100.481,92	Svjetska banka /projekat
16. Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenom osiguranju / uvodjenje osiguranih ko-participacija	Ministarstvo zdravlja i FZO	2013	0	Budžet - Redovna aktivnost
IV Oblast djelovanja: UPRAVLJANJE				
Aktivnost	Nosilac	Vremenski okvir	Procijenjena vrijednost	Izvor sredstava

18.Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti u dijelu organi zdravstvenih ustanova i unutrašnja organizacija zdravstvenih ustanova	Ministarstvo zdravlja	2013	0	Budžet - Redovna aktivnost
19.Izmjena i dopuna granskog kolektivnog ugovora u dijelu osnovne zarade (sto ulazi u strukturu minimalne zarade)	Ministarstvo zdravlja, Min rada i socijalnog staranja i Sindikat	2013	0	
20.Izmjena propisa o sprovođenju poslova nabavki / objedinjavanje poslova nabavki u okviru Fonda	Ministarstvo zdravlja, Fond za zdravstveno osiguranje, Ministarstvo finansija	2011	0	
21. Revizija propisa o utvrđivanju odgovornosti rukovodioca pružaoca usluga	Ministarstvo zdravlja	2013	0	
UKUPNA SUMA			5.070.679,01	