

10. ZDRAVSTVENI SISTEM I ODRŽIVI RAZVOJ

Milica Vukotić

Sažetak: Ekonomista ponašanje pojedinca objašnjava kao proces u kojem pojedinac pravi izbor između sadašnjeg zdravstvenog stanja, vremena, i finansijskih troškova, na jednoj strani, i budućih zdravstvenih koristi, u vidu smanjenja vjerovatnoće obolijevanja i smrti na drugoj. Iako je zdravstveno stanje pojedinca određeno genetskim nasljeđem koje pojedinac dobija pri rođenju, rizicima okruženja kojem je pojedinac izložen u toku svog života, slučajnim događajima, kao što su nesreće, kao i razvijenošću tehnologije, ponašanje pojedinca jeste osnovna determinanta njegovog zdravlja. Agregiranjem ponašanja pojedinaca na mikronivou, dolazimo do makronivoa. Sa druge strane, makronivo, odnosno sistem i zakonska regulativa, određuju okruženje u kojem pojedinac donosi svoje izbore, i na taj način ograničavaju njegovo ponašanje. Zato je jako bitno povezati ova dva nivoa prilikom analize zdravstvenog sistema u kontekstu održivog razvoja.

Ključne riječi: *sloboda izbora, društvo, pojedinac, regulacija, zdravstveni sistem, zdravstvena potrošnja, zdravstveno osiguranje*

Abstract: A health economist explains individual behavior as a process in which an individual makes decisions by comparing current health condition, time and financial costs on one side and future health contributions such as decrease of the probability of a disease or death, on the other side. Even though genetic predispositions and the risks associated with the environment in which an individual lives have a nontrivial impact on the overall health condition, his behavior is usually the single most important determinant of his health condition. By aggregating individual behaviors on micro level, we come to the macro level. On the other hand, macro level, i. e. system and regulations, determine the environment in which the individuals make their decisions, limiting their choice set. That's why it is very important to connect those two levels when analyzing healthcare system from the sustainable development point of view.

Key words: *freedom of choice, society, individual, regulation, health care system, health-care spending, health insurance*

* Dr Milica Vukotić, Fakultet za informacione sisteme i tehnologije, UDG, Podgorica

10. 1. UVOD¹

Kao što je naznačeno u Nacionalnoj strategiji održivog razvoja Crne Gore, koncept održivog razvoja podrazumijeva balansiranje ekonomskih, socijalnih i ekoloških zahtjeva, kako bi se osiguralo zadovoljavanje potreba sadašnje generacije, bez ugrožavanja mogućnosti budućih generacija da zadovolje svoje potrebe. U svojoj osnovi, koncept održivog razvoja kao jedan od ciljeva ima smanjenje siromaštva i omogućavanje kvalitetnog pristupa neophodnim uslugama svim građanima. Stoga, u ovom dijelu bavićemo se analizom zdravstvenog i sistema socijalne zaštite, posmatranih u kontekstu održivog razvoja.

Svjedoci smo da pitanja održivosti zdravstvenog sistema i sistema socijalne zaštite izlaze iz uskostručnih krugova, i sve više postaju predmetom rasprave čak i u svakodnevnom životu.

Reforma cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite i obezbjeđenje njegovog funkcionisanja u okvirima društvenog i ekonomskog razvoja i potencijala zemlje, koja je postavila ciljeve uključivanja u evroatlantske asocijacije, zahtijeva niz promjena sistema iz prošlosti i građenje novog, na preporukama i usmjerenjima iz dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije i Strategije razvoja zdravstvene zaštite Evropske unije, koje imaju glavni cilj: dodati životu godine, a što je značajnije, godinama život. Zato se dalji razvoja sistema zdravstva mora osloniti na finansijske mogućnosti crnogorske privrede, što će neminovno dovesti do selekcije i postavljanja novih prioriteta ciljeva i zadataka.

10. 2. TEORIJSKI OKVIR

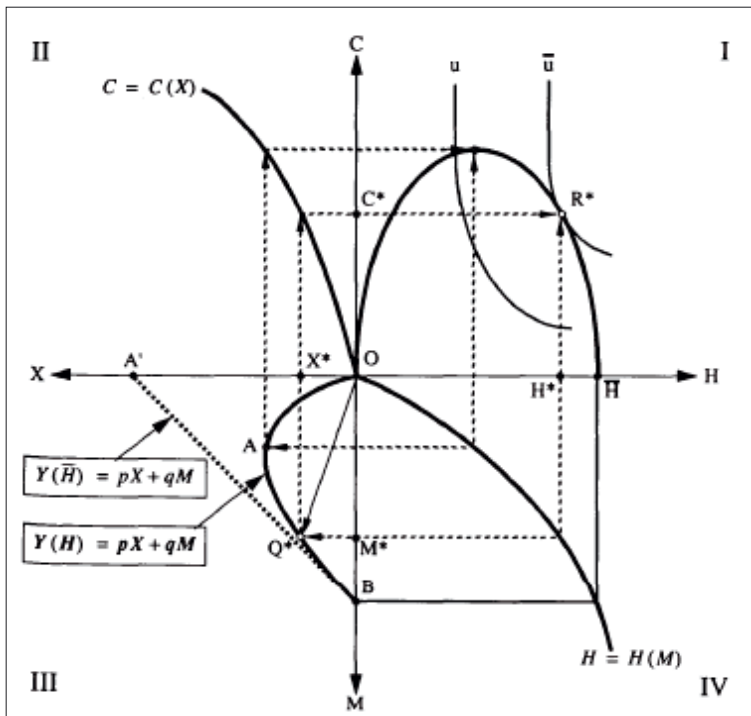
Na samom početku ćemo izložiti teorijski okvir za analizu ponašanja pojedinca u procesu donošenja odluka koje se tiču njegovog zdravlja i zdravstvenog sistema. Odnosno, daćemo makro i mikropogled na zdravlje.

10. 2. 1. POJEDNOSTAVLJENI MIKROEKONOMSKI POGLED NA ZDRAVLJE

Za pojedinca, zdravlje ima dvostruku ulogu. Na jednoj strani, perfektno zdravlje, samo po sebi, predstavlja vrijednost, kao i cilj kome bi se trebalo približiti što je više moguće. Na drugoj strani, postoje i drugi ciljevi u životu. Na primjer, kada vidimo gurmana koji jede masnu hranu, mi pretpostavljamo da on zamjenjuje zdravlje za ispunjenje drugih ciljeva. Takođe, da li postoji neko ko nikada nije prešao ulicu van pješačkog prelaza, i to samo da bi uštedio malo vremena? Međutim, ova kontradikcija je rijetko kada veoma očigledna, jer niko ne žrtvuje zdravlje momentalno.

¹ Rad je u skladu sa Nacionalnom strategijom održivog razvoja, Strategijom razvoja zdravstva i Master planom razvoja zdravstva. Takođe, rad je u skladu sa milenijumskim ciljevima razvoja zdravstva, a to su: smanjenje gladi i siromaštva, smanjenje smrtnosti odojčadi, smanjenje HIV oboljelih osoba i smanjenje smrtnosti majki.

Ljudi samo smanjuju vjerovatnoću da će živjeti zdravo u budućnosti. Dakle, na kraju, pojedinci odlučuju između zdravlja (H) i ostalih ciljeva, koji se mogu jednostavno označiti kao potrošnja (C). Ovakvo ponašanje u mikroekonomiji se predstavlja krivima indiferentnosti, što je predstavljeno kvadrantom I na slici 10. ¹²



Slika 10. 1. Zdravlje, potrošnja i optimalni dio dohotka koji se izdvaja za zdravlje

Kao što smo ranije naveli, zdravlje ima karakteristike koje ga čine specifičnim u odnosu na ostala dobra. Dvije karakteristike su najbitnije. Prvo, korisnost koju pojedinac može imati od dohotka koji zaradi zavisi od njegovog zdravstvenog stanja. Depresija, na primjer, kao najzastupljenija mentalna bolest, gotovo čini nemogućim da pojedinac uživa u lijepim stvarima. Ili, da se vratimo gurmanu koga smo ranije pomenuli, ukoliko dobije upalu digestivnog trakta, masna hrana mu neće pričinjavati zadovoljstvo. Ova karakteristika može biti predstavljena kvadrantom I na slici 1, davanjem određenog oblika krivima indiferentnosti. Kako odnos zdravlja i potrošnje ostalih dobara postaje mali, dodatna potrošnja nema više pozitivnu graničnu kori-

¹² U ovom dijelu je korišćen model koji su razvili Zweifel i Breyer u svojoj knjizi „Health Economics”, Oxford University Press, 1997.

snost, što čini krive indiferentnosti u sjeverozapadnoj oblasti kvadranta I da budu prije vertikalnog nego negativnog nagiba.

Druga specifičnost zdravlja kao dobra jeste da samo neko ko je relativno dobrog zdravstvenog stanja može da zarađuje dohodak na tržištu rada. Ova karakteristika može biti predstavljena kvadrantom III na istoj slici. Ovaj kvadrant pokazuje kako pojedinac može da podijeli svoj raspoloživi dohodak (Y) na zdravstvenu zaštitu (M) i potrošačka dobra (X). Cijene zdravstvene zaštite (q) i potrošačkih dobara (p) su egzogene. Specifičnost budžetskog ograničenja,

$$Y(H) = pX + qM, \quad (1.1)$$

leži u činjenici da raspoloživi dohodak Y zavisi od zdravstvenog stanja H, zbog, na primjer, nemogućnosti obavljanja prekovremenog rada. Kada dohodak ne bi zavisio od zdravstvenog stanja, onda bi budžetsko ograničenje bilo linearno, što je prikazano isprekidanom linijom A'B. Tačka B je tačka u kojoj se kompletan dohodak troši na zdravstvenu zaštitu. Ako krenemo iz tačke B, potrošnja za zdravstvenu zaštitu se smanjuje, zdravstveno stanje se pogoršava prema funkciji $H=H(M)$, što je prikazano u kvadrantu IV. Ovo smanjenje rezultuje smanjenjem dohotka Y (H) u trećem kvadrantu. Posljedično, količina potrošačkih dobara raste po opadajućoj stopi do tačke A. U ovoj tački, dodatno smanjenje zdravstvene zaštite dovodi do tolikog smanjenja fizičke kondicije da pad dohotka do koga dolazi poništava uštede na izdacima za zdravstvenu zaštitu. Nakon tačke A, dodatno smanjenje M bi rezultovalo gubitkom dohotka u iznosu koji bi zahtijevao smanjenje potrošnje. I konačno, kada bi bilo $M=0$, dohodak bi pao na $Y=0$, pa bi pojedinac kupovao potrošačka dobra u iznosu $X=0$.

Dalje, kvadrant IV pokazuje količinu zdravstvene zaštite M koja je potrebna da bi bilo garantovano dato zdravstveno stanje. Više zdravstvene zaštite, znači i bolje zdravstveno stanje. Ono što ovdje nije uzeto u obzir jeste prevencija, odnosno pokušaj pojedinca da sam održi dobro zdravstveno stanje. Ovakvo ponašanje biće detaljno obrađeno u četvrtom poglavlju.

Konačno, kvadrant II prikazuje pozitivnu vezu između potrošačkih dobara (X) i potrošnje (C), prema jednakosti $C=C(X)$. Ova jednakost, kao i ona predstavljena u kvadrantu IV, $H=H(M)$, omogućavaju nam da svakoj tački na budžetskoj liniji u kvadrantu III dodijelimo tačku u (C, H) prostoru u kvadrantu I. Skup svih ovih tačaka predstavlja granicu proizvodnih mogućnosti pojedinca. On se razlikuje od klasične granice proizvodnih mogućnosti jer prolazi kroz koordinatni početak. To je, kao što je već objašnjeno, zbog toga što je veoma loše zdravstveno stanje ($H=0$) povezano sa nultim dohotkom, i posljedično sa nultom potrošnjom ($C=0$). Na početku, ona raste sa porastom H. Ovo znači da, inicijalno, bolje zdravlje omogućava pojedincu da troši više.

Tačka tangencije najudaljenije dostupne krive indiferentnosti i krive proizvodne mogućnosti pokazuje kombinaciju potrošnje i zdravlja (C, H') koja predstav-

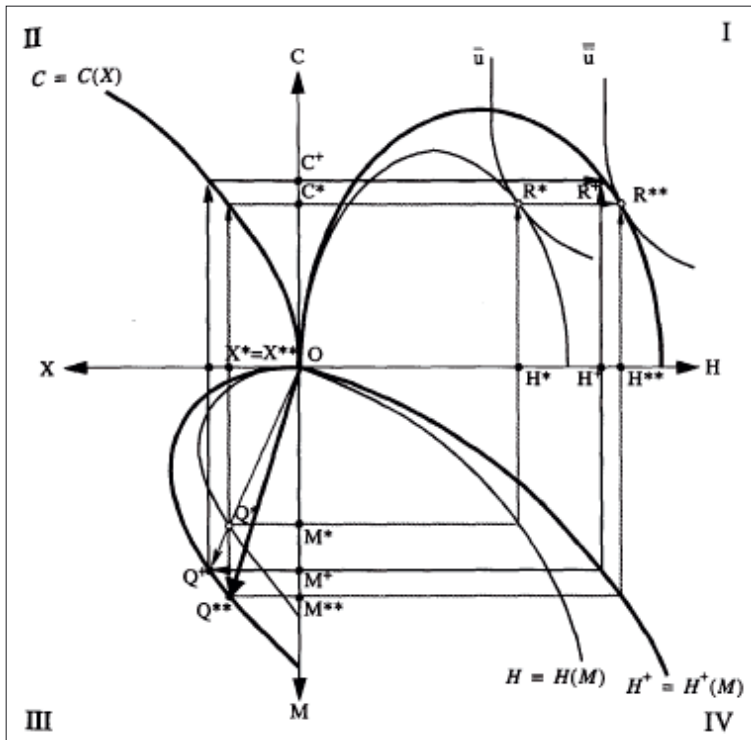
lja najveći nivo korisnosti. Kvadrant IV prikazuje korespondirajuće optimalne izdatke za zdravstvenu zaštitu M^* , a kvadrant II optimalnu kupovinu potrošačkih dobara, X^* . Konačno, tačka Q^* na budžetskoj liniji u kvadrantu III predstavlja optimalnu alokaciju budžeta pojedinca. Spajanjem Q^* sa koordinatnim početkom, dobijamo liniju čiji nagib možemo interpretirati kao optimalni udio zdravlja. Što je linija strmija, veći je optimalni udio dohotka koji se troši na zdravstvenu zaštitu. Na kraju, zaključak bi bio da potrošnja i zdravlje, kao dva cilja, a između kojih se potrošač mora odlučivati u njihovoj proizvodnji, i kada istovremeno zdravlje služi i kao input, može biti predstavljena kao dio klasičnog mikroekonomskog problema optimizacije.

10. 2. 2. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA NA MAKRONIVOU

Generalno, funkcije prikazane na prethodnoj slici mogu biti agregirane na nivou svih pojedinaca u jednom društvu, što znači da se one mogu koristiti i na makronivou. Ipak, na makronivou postoji problem ograničenosti podataka. Dvije količine koje su od najveće važnosti za pojedinca, H i C , samo se rutinski bilježe od strane zvanične statistike. Na drugoj strani, količina zdravstvene zaštite, M^* , ili qM^* u novčanom iznosu, i kupovina potrošačkih dobara, X^* , ili pX^* , dobro su poznate. To za pojedincu ima da kontrola zdravstvene zaštite gotovo uvijek počinje od ovih količina.

A zašto bi uopšte trebalo da postoji kontrola izdataka na zdravstvenu zaštitu? Na ovo pitanje biće detaljnije odgovoreno u šestom poglavlju. Ukratko, kada je država uključena u finansiranje zdravstvene zaštite, na njen budžet utiču odluke pojedinaca o njihovom zdravlju. Što se više pojedinci oslanjaju na medicinske tretmane, to su veći troškovi države, barem u dugom roku: dodatni uslovi za studiranje većeg broja studenata medicinskih nauka, veće subvencije za ulaganja u bolnice, veće subvencije za bolnice u cilju pokrivanja njihovih nemogućnosti da vrše određene operacije u mnogim zemljama, itd. Ovi uticaji postoje i kad pojedinac odluči da kupi i koristi potrošačko dobro (prikupljanje smeća, gradnja puteva), ali oni nijesu toliko važni kao zdravstvena zaštita. Na drugoj strani, javni izdaci povećavaju broj birača, što omogućava reizbor postojećoj Vladi.

Sve je aktuelnija tema u svijetu rast izdataka za zdravstvo. U svim raspravama, rast se mjeri rastom učešća izdataka za zdravstvo u BDP-u, odnosno najčešće se konstatuje da je udio izdataka za zdravstvo u BDP-u „previsok”. Pretpostavimo da neka zemlja uspije da stabilizuje ovo učešće. Postavlja se pitanje šta bi bilo dobijeno time. Da bismo odgovorili na ovo pitanje, napravili bismo pojednostavljeni prelazak sa mikro na makronivo, na način što ćemo osobine sa slike 1.5 primijeniti na sve pojedince u društvu, pretpostavljajući da su oni identični. Tako H postaje broj godina koje pojedinac provede u dobrom zdravlju, qM društveni izdaci za zdravstvo, i pX agregatni izdaci za potrošnju. Alokacija BDP-a između ovih kategorija je data tačkom Q^* u trećem kvadrantu, simbolizujući agregatni rezultat pojedinačnih odluka. Zbog jednostavnosti, pretpostavićemo da se tačka koju vlada teži da dostigne poklapa sa tačkom Q^* u početnoj situaciji.



Slika 10. 2. Promjene u medicinskoj tehnologiji i prilagođavanje optimalnog udjela potrošnje za zdravstvenu zaštitu

Ovakva raspodjela može sada biti poremećena nekim eksternim šokom, na primjer, napretkom u medicinskoj tehnologiji. Funkcija $H(M)$ se tada pomjera na $H^+(M)$ u četvrtom kvadrantu na slici 10. 2, implicirajući da ista količina medicinskih usluga sada garantuje bolje zdravstveno stanje nego ranije. Ovo dovodi do pomjerenja ka spolja budžetske linije u kvadrantu III. Takođe, kriva proizvodnih mogućnosti u prvom kvadrantu se pomjera ka spolja. Očigledno, društvo može dostići novu kombinaciju (C, H) , koja leži udesno i iznad starog optimuma R^* .

Dalje pretpostavimo da je vlada informisana o ovom napretku u medicinskoj tehnologiji, ali želi da udio izdataka za zdravstvenu zaštitu u BDP-u ostane nepromijenjen. To znači da želi da opšta alokacija između potrošnje i izdataka na zdravstvo ostane ista, što zahtijeva novu tačku Q^+ koja mora ležati na istom radijusu kao tačka Q^* . Stoga, nova (C, H) kombinacija bi bila dostignuta i označena sa R^+ u prvom kvadrantu.

Ako pojedinci u društvu vrjednuju svoje zdravlje onoliko koliko na to upućuje relativna strmina njihovih krivih indiferentnosti u prvom kvadrantu, oni bi se opredijelili za R^{**} , implicirajući sljedeće promjene:

– Po pretpostavci, povećanje izbora biće korišćeno isključivo za poboljšanje zdravstvenog stanja (prelazak iz R^+ u R^{**}).

– Ovo je postignuto povećanim korišćenjem zdravstvene zaštite (nova vrijednost: M^{**}) ne samo u poređenju sa početnim optimumom M^+ već i u poređenju sa M^+ koje je određeno od strane vlade.

– Zbog poboljšanog zdravstvenog stanja, postoji rast u radnom dohotku i stoga u dostupnim finansijskim sredstvima, tako da je povećanje M moguće bez promjena potrošnje ($X^{**}=X^+$).

– Nova optimalna budžetska alokacija Q^{**} za društvo u cjelini, u trećem kvadrantu, upućuje na povećanje optimalnog udjela zdravstva u BDP-u. Ovo je prikazano rotacijom zraka od koordinatnog početka do OQ^{**} , koji je strmiji od originalnog zraka OQ^+Q^+ .

Sada, ako političari insistiraju na postojećem budžetu, oni primoravaju pojedince kao grupu da završe sa Q^+ i R^+ respektivno. Ovo znači, na primjer, da zdravstvene usluge nijesu dostupne zbog ograničene dostupnosti medicinskih škola, bilo zbog njihovog broja, ili broja učenika koji primaju, ili da bolnički tretmani nijesu dostupni zbog nedostatka medicinske opreme zbog nedostatka ulaganja. Dakle, pojedinci dostižu manju korisnost nego što je najveća moguća, koja je predstavljena tačkom R^{**} u kvadrantu I.

Primjer usavršavanja medicinske tehnologije je samo jedna od mnogih mogućih promjena koje mogu voditi do nepodudaranja između udjela potrošnje na zdravstvo koju bi željeli pojedinci i udjela koji političari smatraju poželjnim. Političko određivanje optimalnog udjela zdravstva u BDP-u bi trebalo da bude bazirano na društvenoj funkciji korisnosti, koja ne postoji. To prije izaziva rizik od nastajanja gubitaka u efikasnosti, koji se vremenom nagomilavaju.

10. 3. ZDRAVSTVENI SISTEM CRNE GORE

Ulaganje u zdravstveni sektor ne treba shvatiti kao trošak, već kao investiciju u realizaciju socijalnog i ekonomskog razvoja i cjelokupnog razvoja društva. Iskustva država širom svijeta pokazuju da je politička volja preduslov za reformu zdravstvenog sistema. Razvoj zdravstvenog sektora utiče na dio GDP-a koji se izdvaja za zdravstvo, definiše solidarnost i druge socijalne relacije ili izmjenu strukture zdravstvenog sistema i njegovog finansiranja. Zato je jasno da svaki plan reforme zdravstvene zaštite ima političku dimenziju.

Zdravstvena zaštita predstavlja skup usluga, proizvoda, institucija, regulacija i ljudi. Iako oblast zdravstva ima mnogo zajedničkih karakteristika sa drugim oblastima ekonomije, skup nesvakidašnjih ekonomskih karakteristika koji postoji na tržištu zdravlja je prilično veliki. Neke od ovih karakteristika su:

- stepen uključenosti vlade;
- dominantno prisustvo neizvjesnosti na svim nivoima zdravstvene zaštite, polazeći od slučajnosti individualnih bolesti do razumijevanja koliko dobro medicinski tretman funkcioniše i za koga;

– asimetrične informacije: velika razlika u znanju između doktora (i drugih pružalaca usluga) i njihovih pacijenata, korisnika medicinskih usluga. Ova asimetrija dovodi do problema moralnog hazarda;

– eksternalije – ponašanje pojedinaca koje stvara troškove ili koristi drugima.

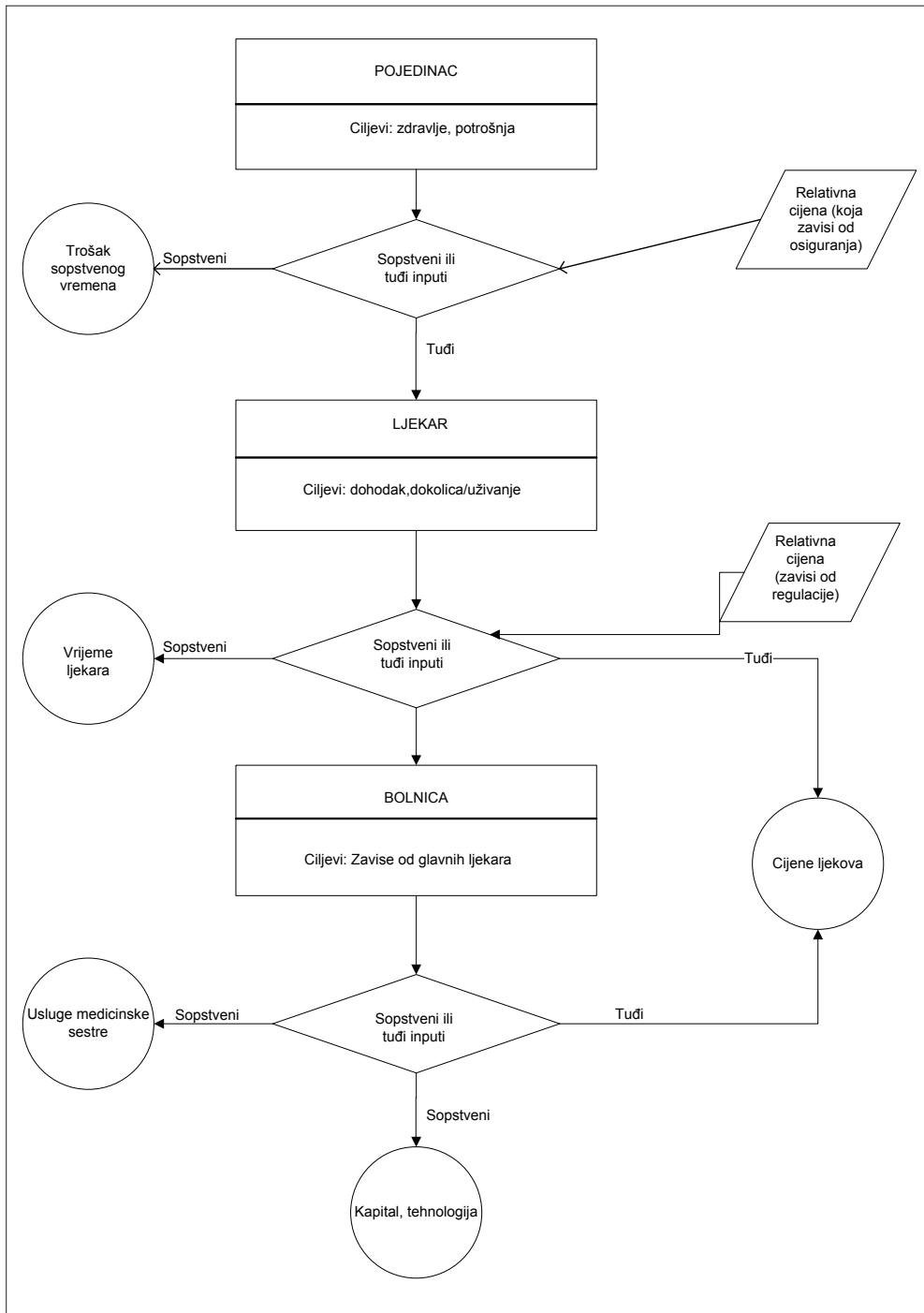
Svaka od ovih karakteristika je prisutna i u nekoj drugoj oblasti ekonomije, ali rijetko gdje toliko mnogo kao u zdravstvu, i nigdje u ovako širokoj kombinaciji. Neizvjesnost postoji svuda. Neizvjesni događaji uređuju ponašanje pojedinaca i na tržištu zdravlja. Prisustvo neizvjesnosti dovodi do razvoja zdravstvenog osiguranja, koje, u stvari, kontroliše i usmjerava upotrebu resursa u privredi. Prisustvo različitih oblika neizvjesnosti, u velikom dijelu je odgovorno za veliku uključenost vlade u ovoj oblasti.

Da bismo ocijenili stanje na tržištu zdravstva jedne zemlje, moramo posmatrati, na jednoj strani, pojedince i njihovo zdravstveno stanje, a na drugoj strani performanse zdravstvenog sistema. Zdravstveno stanje pojedinca može biti mjereno na više načina, uključujući njegovo ukupno blagostanje, zdravstvene uslove, sposobnost obavljanja radnji. Pored ovih zdravstvenih karakteristika, ne smiju se zanemariti nemedicinski faktori zdravlja, među kojima se ističu ponašanje pojedinca, uslovi života i rada, lični resursi i faktori životne okoline.

Kada ocjenjujemo performanse zdravstvenog sistema, onda posmatramo dostupnost, prihvatljivost, kontinuiranost, efikasnost, održivost i sigurnost zdravstvene zaštite.

Ono što će donekle biti novina jeste što ćemo u ovom projektu zdravlje posmatrati kao ekonomsko dobro. Prvo pitanje koje nam „pada na pamet” kada razmišljamo o zdravlju iz ekonomske perspektive je: Da li je zdravlje ekonomsko dobro ili ne? Može li iko reći da je operacija ili primanje nedjeljne vakcine protiv alergije „dobro” u tradicionalnom smislu? Mislimo da ne možemo o ovim ili o bilo kojim drugim uslugama koje pruža zdravstvena zaštita razmišljati kao o dobrima u tradicionalnom smislu: ona bole, ona izazivaju neprijatnost, ona imaju nepoželjne efekte. Međutim, mi bi trebalo da razmišljamo o njima sa stanovišta povećanja korisnosti. Prema tradicionalnom ekonomskom shvatanju, dobro povećava nečiju korisnost, i uz budžetsko ograničenje, svaki pojedinac će težiti da maksimizira svoju korisnost. Dakle, možemo posmatrati zdravlje kao ekonomsko dobro s obzirom na to da čini pojedinca srećnim (zadovoljstvo pojedinca) i povećava korisnost. Dalje, možemo ga posmatrati kao trajno dobro. Svaki pojedinac se rodi sa nekim svojim „fondom” zdravlja. Nedonošče ili novorođenče sa srčanom manom, ili slijepo, imaju veoma mali inicijalni fond zdravlja. Skoro svaka akcija koju dalje preduzmemo u našim životima, utiče na ovaj fond. Zato, kada analiziramo zdravstveni sektor, osim institucijama sistema, neophodno je posvetiti pažnju i ponašanju pojedinaca.

Naredna slika slikovito prikazuje organizaciju zdravstvenog sistema i pitanja koja će biti obrađena.



Slika 10. 3. Sistemska analiza zdravstvene zaštite

Dijagram počinje sa pojedincem i njegovim ciljevima, među kojima je i cilj da živi zdravo što duže je moguće, a da istovremeno troši što je moguće više. Kako će se ponašati pojedinac u pogledu svog zdravlja, zavisi od mnogih faktora, koji će biti analizirani.

Međutim, zdravstveno stanje nije u potpunosti pod kontrolom pojedinca. Mjera u kojoj ponašanje pojedinca utiče na njegove izdatke za zdravstvenu zaštitu umnogome zavisi od ljekara. On, lociran odmah ispod pojedinca na slici 10. 1, igra ulogu „čuvara kapije” na ulazu u svijet zdravstvene zaštite. Njegov izbor o liječenju u ili van bolnice ima značajan uticaj na troškove koji će nastati. Takođe, kasnije u radu će biti diskutovano da li nekada ljekari prepisuju terapiju kako bi više zaradili, iako je to u protivnosti načelima tradicionalne medicine.

Konačno, ljekari i bolnice u velikoj mjeri određuju tražnju pacijenata za lijekovima. Krugovi na slici 1 označavaju inpute koje stvara zdravstvena zaštita. Ako postoji namjera da se pojedinci angažuju tako da zamijene vrijeme ljekara, i usluge bolnice svojim sopstvenim vremenom, a kako bi poboljšali svoje zdravlje, to može trajati do određenog nivoa, a nakon toga oni jednostavno nemaju dovoljno znanja, pa ne može pomoći ni njihova spremnost da ulože svoje sopstveno vrijeme.

10. 3. 1. PREGLED STANJA U ZDRAVSTVENOM SEKTORU

Zdravstveni sistem Crne Gore predstavlja dio zdravstvenog sistema bivše SFRJ sa naslijeđenim karakteristikama neracionalne i neefikasne organizacije, uz promociju dostupnosti svih prava iz zdravstvene zaštite³. Time je stvorena slika da građani imaju pravo na bilo koju od zdravstvenih usluga bez obzira na stvarnu potrebu. Pri tom, nije razvijena svijest građana o tome da svaka zdravstvena usluga ima svoju cijenu i da zdravstvo nije besplatno.

Crna Gora je otpočela opsežnu reformu zdravstvenog sistema, uz kreditnu podršku i tehničku pomoć Svjetske banke. Reforma sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja zadire u sve segmente i ima krupne implikacije na dešavanja u ostalim segmentima društva.

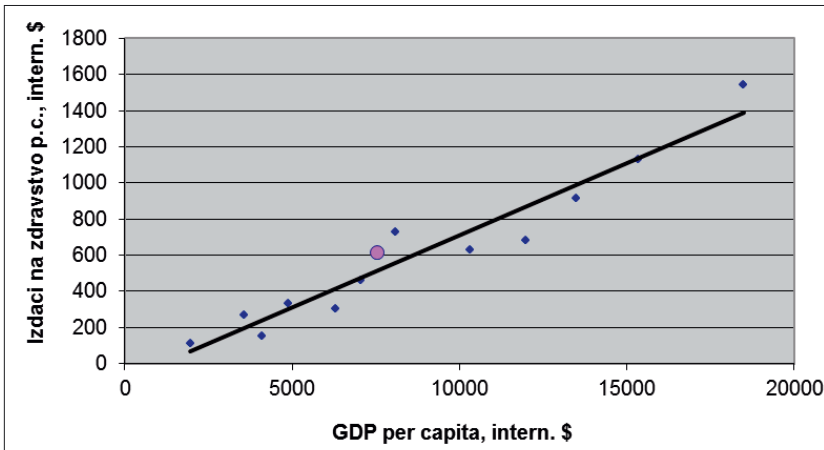
Crnogorski zdravstveni sistem je suočen sa problemima koji zahtijevaju hitnu intervenciju, kako u finansiranju i upravljanju tako i u pružanju zdravstvenih usluga. U Crnoj Gori, učešće javnih troškova za zdravstvo u ukupnom bruto društvenom proizvodu (BDP) iznosi 6,45%⁴ u 2009. godini, što predstavlja neznatno smanjenje u odnosu na 2008. godinu, kada je iznosilo 6,94%. Ovaj udio je nastavak trenda iz prethodnih godina, a predstavlja prilično visok procenat. Izdaci na obrazovanje iznose 4, 54% BDP-a, dok izdaci na socijalnu zaštitu iznose približno 3%. Ukoliko se uzme u obzir da procenat izdataka na zdravstvo u ukupnim budžetskim rashodima iznosi

³ Za više informacija vidjeti „Strategija razvoja zdravstva Crne Gore”, Ministarstvo zdravlja, Septembar 2003.

⁴ Izvor: RZZO: „Strateški razvojni plan zdravstvenog osiguranja CG do 2011. godine”.

oko 13,14% u 2009. godini, onda se dolazi do zaključka da je reforma u oblasti zdravstva neophodna. Uprkos relativno visokim izdacima za zdravstvo, nedostaje unapređenje osnovnih zdravstvenih indikatora u posljednjih nekoliko godina.

Ovako visoka potrošnja za zdravstvo je značajno iznad prosjeka zemalja sa sličnim nivoima dohotka. Slika 10. 4. prikazuje odnos BDP-a po stanovniku i troškove za zdravstvo po stanovniku za izabrane zemlje Centralne i Istočne Evrope (CIS)⁵. Izdaci za zdravstvo u Crnoj Gori su upoređeni sa izdacima u Albaniji, Bosni i Hercegovini, Bugarskoj, Hrvatskoj, Češkoj, Mađarskoj, Makedoniji, Poljskoj, Rumuniji, Moldaviji, Slovačkoj i Sloveniji. Potrošnja Crne Gore za zdravstvo nalazi se iznad prosjeka navedenih zemalja (roza tačka na slici 10. 4). Na x osi predstavljen je BDP po stanovniku, izražen u internacionalnim dolarima, odnosno mjereno prema konceptu kupovne moći (PPP), dok su na y-osi predstavljeni izdaci na zdravstvo, takođe mjereni u međunarodnim dolarima:



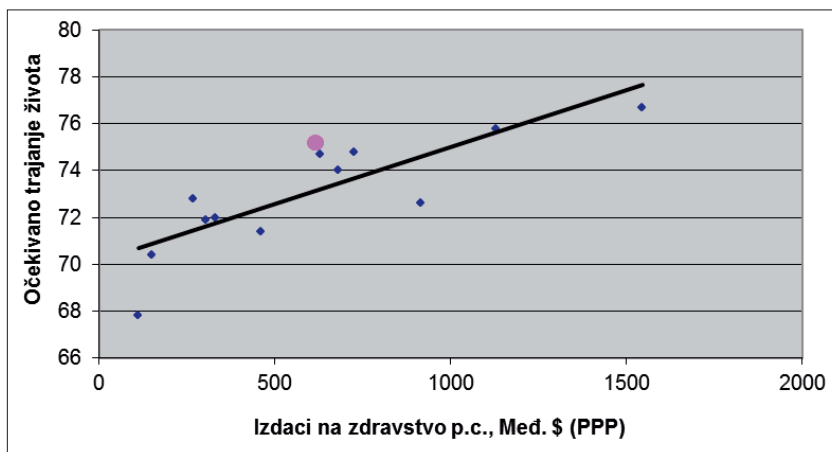
Slika 10. 4. Poređenje zdravstvenih izdataka u izabranim CIS zemljama

Ova slika je interesantna i za upoređivanje mikro i makroalokacije u oblasti zdravstva, odnosno kako pojedinac donosi odluke o kupovini zdravstvene zaštite, a kako društvo kao cjelina. Pojedinac će povećati tražnju za zdravstvenom zaštitom kada je bolestan, odnosno kada ima povećanu *potrebu* za njom. Zato mnogim pojedincima može nelogično zvučati zaključak (a koji može djelimično biti izveden i sa slike 10. 4), da zemlje troše više novca na zdravstvenu zaštitu zato što imaju više novca za trošenje, a ne zato što imaju veće medicinske potrebe. Ukratko, pojedinačne odluke o potrošnji za zdravstvenu zaštitu (mikro) značajno se razlikuju, i baziraju na različitim faktorima, od nacionalnih odluka, koje se donose kroz politički proces, o tome koji dio budžeta ili BDP-a bi trebalo da bude potrošen za zdravstvo (ma-

⁵ Izvor: World Health Organization.

kro). Odnosno, kada se pomjeramo sa mikro na makronivo, determinanta potrošnje se pomjera sa „potrebe za zdravstvenom zaštitom” na „raspoloživi dohodak”.

Iako Crna Gora troši više od zemalja sa sličnim nivoom dohotka, kada uporedimo izdatke za zdravstvo po stanovniku sa očekivanim trajanjem života, Crna Gora se pokazuje kao relativno dobra među izabranim CIS zemljama. Ovo poređenje ukazuje da Crna Gora ima relativno dobre zdravstvene performanse za svoj nivo potrošnje, ali se one ostvaruju po relativno visokom trošku za privredu kao cjelinu. Odnosno, očekivano trajanje života je posljedica karakteristika sistema, najviše u pogledu dostupnosti zdravstvene zaštite. Međutim, široka dostupnost nije neophodno uzrok visokih troškova, već značajnu ulogu igra i neefikasna upotreba sredstva. Ovo je predstavljeno slikom 10. 5 (na x-osi su predstavljeni izdaci za zdravstvo po stanovniku, izraženi u međunarodnim dolarima, dok je na y-osi predstavljeno očekivano trajanje života):



Slika 10. 5. Očekivano trajanje života i p. c. izdaci za zdravstvo u CIS zemljama

Stoga, kako bi reforma zdravstvenog sektora bila u skladu sa održivim razvojem, neophodno je utvrditi korake koji će dovesti do racionalne upotrebe značajnog dijela BDP-a koji se koristi u ovoj oblasti, odnosno kako omogućiti univerzalni pristup zdravstvenom sistemu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

10. 3. 2. ZDRAVSTVENI KAPACITETI

Analizu zdravstvenih pokazatelja započecemo pregledom indikatora koji se odnose na zdravstvene kapacitete. Ovi pokazatelji su veoma bitni za sticanje slike o jednom zdravstvenom sistemu, a istovremeno predstavljaju ograničenje pojedincu pri njegovom donošenju odluka o sopstvenom zdravlju.

Domovi zdravlja, bolnice, klinike, apoteke, druge ustanove odnosno kapaciteti, koje se bave zdravstvenom djelatnošću, sa svojom opremom, kadrovima i znanjem

igraju značajnu ulogu u unapređenju zdravlja stanovništva. Uloga i zadaci zdravstvenih radnika su usmjereni na prevenciju bolesti i njihovo sprečavanje, preduzimanje i sprovođenje specifičnih programa i mjera za sprečavanje, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju oboljelih i povijedenih.

Da bi mogla ispuniti svoje obaveze i u što većoj mjeri zadovoljiti očekivanja koja se postavljaju pred nju, zdravstvena djelatnost mora biti odgovarajuće organizovana, raspolagati sa dovoljnim brojem kadrova, prostorija, opreme i drugih sredstava, uz obezbijeđena dovoljna finansijska sredstva za nesmetan rad i funkcionisanje⁶.

Postojeću mrežu javnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori čini osamnaest domova zdravlja za svaku opštinu, tri zdravstvene stanice za manje opštine: Plužine i Šavnik, koje su organizaciono povezane sa domom zdravlja Nikšić i zdravstvena stanica u Žabljaku koja je povezana sa Domom zdravlja Pljevlja. U okviru domova zdravlja: Mojkovac, Plav, Plužine, Rožaje i Šavnik i Ulcinj, postoje stacionari.

Bolnička zdravstvena zaštita obezbjeđuje se u sedam opštih bolnica, organizovanih na regionalnom principu, tri specijalne bolnice za potrebe Republike i Klinički centar, kao ustanova tercijernog nivoa zaštite. U javnom sistemu zdravstva organizovan je i Institut za javno zdravlje, kao ustanova od značaja za Republiku⁷.

Organizacija i finansiranje zdravstvene zaštite do sada se zasnivalo na dominantnoj ulozi javnog sektora, kako u oblasti pružanja tako i obezbjeđivanja sredstava za zdravstvenu zaštitu. Međutim, u posljednjih nekoliko godina učešće privatnog sektora u oblasti pružanja zdravstvenih usluga je sve veće. U organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga su uključene sljedeće institucije: Ministarstvo zdravlja, Fond za zdravstveno osiguranje, javne zdravstvene ustanove i privatne zdravstvene ustanove. Privatne zdravstvene ustanove, iako nijesu integrisane u zdravstveni sistem Crne Gore, sve više učestvuju u obezbjeđivanju zdravstvenih usluga. U Crnoj Gori u 2004. godini je postojalo 165 različitih zdravstvenih ustanova u privatnom sektoru.⁸ Posebno veliko učešće privatnog sektora je u oblasti opšte stomatologije (63 ustanove, što predstavlja gotovo 40 % ukupnog broj privatnih zdravstvenih ustanova). Kada posmatramo neke djelatnosti koje zahtijevaju najsavremeniju tehnologiju i znanja, primjećujemo da se privatne ordinacije specijalizovane za taj tip djelatnosti lociraju uglavnom samo u Podgorici (na primjer, vantjelesna oplodnja i dermatovenerologija).

Pored institucija koje učestvuju u organizaciji i pružanju zdravstvenih usluga, postoje i Ljekarska i Farmaceutska komora, koje kao institucije u okviru zdravstvenog sistema Crne Gore imaju za cilj unapređenje uslova za rad doktora medicine, doktora stomatologije i farmaceuta, zaštitu njihovih profesionalnih interesa, kao i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.

⁶ Master plan razvoja zdravstva do 2011. godine

⁷ Detaljniji prikaz bolničkih i vanbolničkih zdravstvenih kapaciteta, dat je u Aneksu 4.

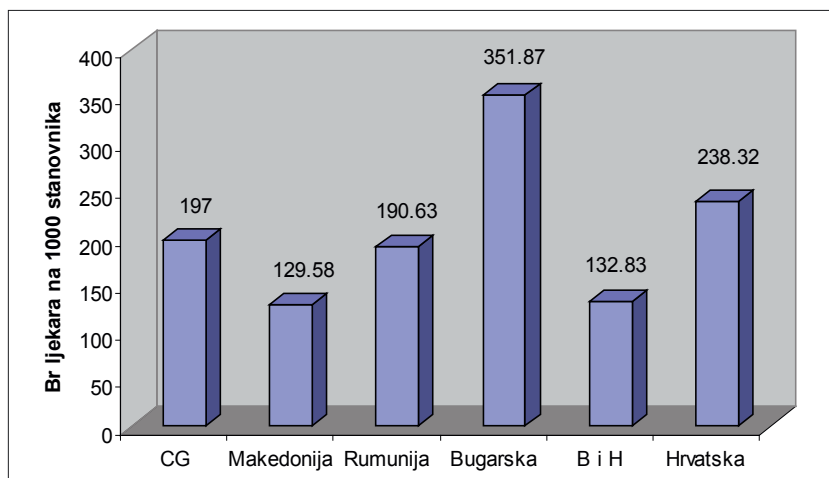
⁸ Izvor: Statistički godišnjak Instituta za zdravlje, 2006.

Broj bolničkih postelja u poređenju sa drugim evropskim zemljama je relativno mali i po tome bi se moglo zaključiti da Crna Gora zaostaje za prosjekom Evrope. Pojedinačnim upoređivanjem Crna Gora je po broju bolničkih postelja ispred Španije, Irske, Italije, Holandije, Norveške, Portugalije i drugih.

Jedan od osnovnih parametara za praćenje stanja zdravstvenog sistema i indikator koji se može koristiti za ocjenu promjene stanja zdravstvenog sistema jeste obezbijedenost stanovništva zdravstvenim kadrom.

Ukoliko posmatramo broj ljekara na hiljadu stanovnika u regionu, primjećujemo da se Crna Gora približno nalazi na nivou prosjeka regiona. To je prikazano narednom slikom:⁹

Treba napomenuti da se medicinski kadar u prethodnim godinama nije povećao srazmjerno broju stanovnika, broju kreveta i obimu izvršenih ostalih zdravstvenih usluga.



Slika 10. 6. Obezbiđenost stanovništva ljekarima

U Podgorici je 1997. godine otvoren Medicinski fakultet, što je veoma bitno za poboljšanje kadrovske strukture u oblasti zdravstva. Otvaranje fakulteta je učinilo studije medicine pristupačnijim većem broju srednjoškolaca. Istovremeno, u toku je školovanje i stručno usavršavanje kadrova iz ove oblasti u inostranstvu, što treba da podigne nivo kvaliteta zdravstvene zaštite građana.

10. 3. 3. ZDRAVSTVENO STANJE POPULACIJE¹⁰

Generalno, vrlo je teško mjeriti zdravlje neke populacije. Poželjno bi bilo da imamo jedan indikator koji bi obuhvatao sve aspekte zdravstvenog stanja koji nas zani-

⁹ Izvor: Institut za zdravlje Crne Gore

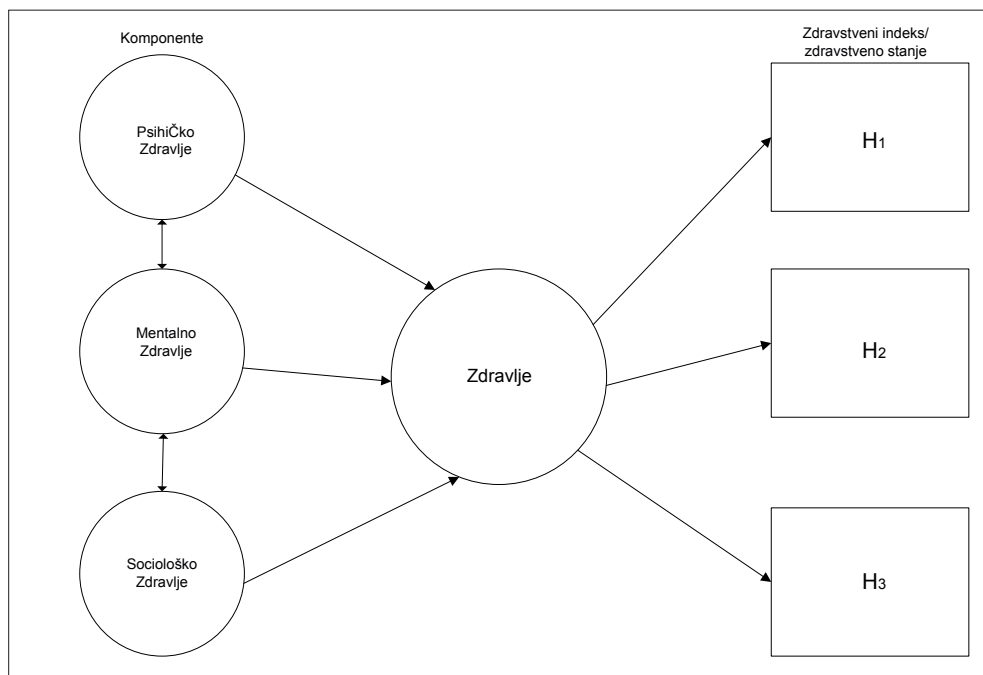
¹⁰ Izvor podataka: *Statistički godišnjak*, Monstat, 2009, ukoliko nije drugačije naglašeno.

maju, a koji bi, u isto vrijeme, bio mjereno sa određenom preciznošću. Međutim, nije lako ostvariti ova dva cilja istovremeno. Na primjer, podaci o stopi smrtnosti su veoma precizni, ali ne obuhvataju adekvatno sve aspekte zdravstvenog stanja (smanjenje bolova i poboljšanje kvaliteta života, na primjer). Zaključujemo da ne postoji jedinstveni indikator, već da se za razumijevanje zdravstvenog stanja populacije mora koristiti više različitih indikatora koji, svaki na svoj način, osvjetljavaju posmatrani problem. U ovom dijelu dat je pregled najčešće korišćenih indikatora sa vrijednostima za Crnu Goru.

Zdravlje pojedinca zavisi od zdravstvenog sistema zemlje, ali i od drugih faktora, među kojima se ističu ponašanje pojedinca i sredina u kojoj živi. Prije nego što pređemo na analizu kretanja zdravstvenih indikatora u Crnoj Gori, osvrnućemo se na to zašto uopšte mjerimo zdravlje i koji se problemi javljaju prilikom pokušaja njegovog mjerenja.

Medicina je jedna od nauka koje su najviše napredovale u prošlom vijeku. Stoga, danas više cilj medicine nije sačuvati nečiji život, već poboljšati zdravstveno stanje pojedinca, što je mnogo teže mjeriti. Znati više o zdravstvenom stanju populacije, ili dijela populacije, nije cilj sam za sebe. To dalje pomaže planiranju i alokaciji resursa u društvu, ili u okviru sektora zdravstva. Zdravstveni indikatori služe za procjenu potrebe društva za zdravstvenom zaštitom, pomažu pri prognoziranju progressa u liječenju ili širenju neke bolesti. Takođe, oni pomažu da se ocijeni efikasnost tretmana, kao i da se uporedi više različitih tretmana. Kao što smo već rekli, postoji veliki broj zdravstvenih indikatora, koji obuhvataju različite aspekte, ali ne postoji jedan jedinstveni indikator ili indeks koji bi objedinio sve ove aspekte. Stoga, bavićemo se najvažnijim pojedinačnim zdravstvenim indikatorima. Tradicionalno, dva najčešće posmatrana indikatora su bila stopa mortaliteta i stopa nataliteta, kao i prirodni priraštaj, kao njihova razlika. Do ovih podataka je lako doći, s obzirom na to da su dio zvanične statistike. Druga grupa indikatora jesu procenti oboljelih od određenih bolesti. Treću grupu indikatora čine indikatori koji se odnose na ponašanje pojedinca, kao i na njegovu ocjenu sistema.

Prema definiciji SZO, „Zdravlje je stanje kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja”. Dakle, zdravlje je podijeljeno u tri komponente: fizičko, mentalno i socijalno zdravlje. Na slici 10. 7. ove tri komponente su predstavljene kružićima. Objasnimo veze na grafu koristeći fizičko zdravlje kao primjer. Pošto dobro fizičko zdravlje doprinosi dobrom opštem zdravstvenom stanju, na slici 10. 7. postoji strelica koja vodi od fizičkog do opšteg zdravstvenog stanja. Istovremeno, dobro fizičko stanje stvara povoljnu klimu za dobro mentalno stanje (kao što kaže latinska poslovice: „U zdravom tijelu, zdrav duh”). Nasuprot tome, mnoga fizička oboljenja imaju porijeklo psihološke prirode. Zbog ovog recipročnog uticaja, između ova dva kružića stoji dvosmjerna strelica. Konačno, zdravlje utiče na same zdravstvene indikatore, i to je takođe predstavljeno strelicama na slici 10. 7.



Slika 10. 7. Veza između zdravlja i njegovih komponenti

Ove tri komponente zdravlja se dalje raščlanjuju, kako bi bile preciznije. Na primjer, na fizičko zdravlje odrasle osobe utiču faktori kao što su: šetnja, vježbanje, sluh, vid, ishrana, itd. Dalje, za potkategoriju trčanje, indikatori mogu biti: pojedinac može trčati jedan kilometar, pojedinac može trčati jedan kilometar bez smetnji, pojedinac ne može istrčati jedan kilometar, itd. Ovaj jednostavan primjer pokazuje koliko je u stvari teško mjeriti pojavu koja na prvi pogled djeluje veoma jednostavno, a to je sposobnost pojedinca da trči. Zato su neki instrumenti za mjerenje zdravlja univerzalno primjenljivi, ali nijesu u stanju da detektuju male promjene u zdravlju, dok drugi instrumenti, koji su usko definisani za specijalne potrebe, mogu biti korišćeni samo na malim djelovima ukupne populacije.

Fizičko zdravlje mjeri medicina. Primjeri su: krvni pritisak, nivo holesterola itd. Mentalno zdravlje mora se mjeriti odvojeno od fizičkog, i to se postiže upotrebom raznih testova i istraživanja. Socijalna komponenta uključuje broj kontakata i društvenih aktivnosti, društvene veze na koje se pojedinac može osloniti, kao i društvenu ulogu koju pojedinac posjeduje. Na kraju, veoma bitna ocjena zdravlja je mišljenje pojedinca o njegovom sopstvenom zdravlju. Za Crnu Goru, podaci su dobijeni uz pomoć gore sprovedenog istraživanja.

Nema dileme da je mjerenje zdravlja i kvaliteta života veoma teško i skupo. Međutim, mnogi metodološki i konceptualni problemi koji se javljaju prilikom mjere-

nja zdravlja, ne bi trebalo da nas spriječe da koristimo i poboljšavamo postojeće indikatore.

Kretanje osnovnih zdravstvenih indikatora u Crnoj Gori dato je u dijelu koji se bavi demografijom, i vidjeli smo da u Crnoj Gori postoji trend smanjenja prirodnog priraštaja.

Očekivano trajanje života u Crnoj Gori je 75,2 godine (71,5 godina za muškarce i 78,7 za žene). Interesantno je napomenuti da je jedino u sjevernoj crnogorskoj regiji očekivano trajanje života iznad prosjeka za Crnu Goru. Dakle, očekivano trajanje života je najduže u sjevernoj crnogorskoj regiji, a ova regija je, prema analizi o procjeni siromaštva, najsiromašnija regija u Crnoj Gori. To nam govori da je dostupnost zdravstvene zaštite kompenzirajuća za niži životni standard i pojačava važnost reforme.

Vitalni indeks¹¹ se smanjio sa 173,4 u 1998. na 154,2 u 2003. godini, da bi u 2008. godini iznosio 144,7.

Prethodno navedeni indikatori nedvosmisleno ukazuju na pogoršanje zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore. Ovo pogoršanje je, nesumnjivo, posljedica loše ekonomske situacije u Crnoj Gori, kao i nedostatka finansijskih sredstava. Međutim, ono je istovremeno i posljedica nedostatka inicijative u zdravstvenom sektoru, loše preventive i loših životnih navika stanovništva. Već smo više puta naveli da gore analizirani indikatori odslikavaju zdravstveni sistem, ali ne mogu biti jedini indikatori koji se koriste. Na početku poglavlja rekli smo da zdravlje značajno zavisi i od faktora koji nemaju veze sa zdravstvenim sistemom, na primjer, ponašanje pojedinaca. Ukoliko se stopa mortaliteta povećala zbog povećanja broja ljudi koji su izgubili život u saobraćajnim nesrećama, ne možemo izvesti zaključak da se pogoršao zdravstveni sistem.

10. 3. 4. IZVORI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

U Crnoj Gori, javni sektor ima ključnu ulogu u finansiranju zdravstvene zaštite, koja počiva na principu obaveznosti. Crnogorski zdravstveni sistem pripada grupi zdravstvenih sistema Bizmarkovog tipa. Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje Republički fond za zdravstveno osiguranje, kao osnovni nosilac zdravstvenog osiguranja, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju. Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;

(Doprinosi uplaćuju: poslodavci za zaposlene, Fond PIO za korisnike prava na penzije i korisnike novčanih naknada po osnovu preostale radne sposobnosti, Zavod za zapošljavanje za nezaposlena lica, zemljoradnici na osnovicu koju čini kata-

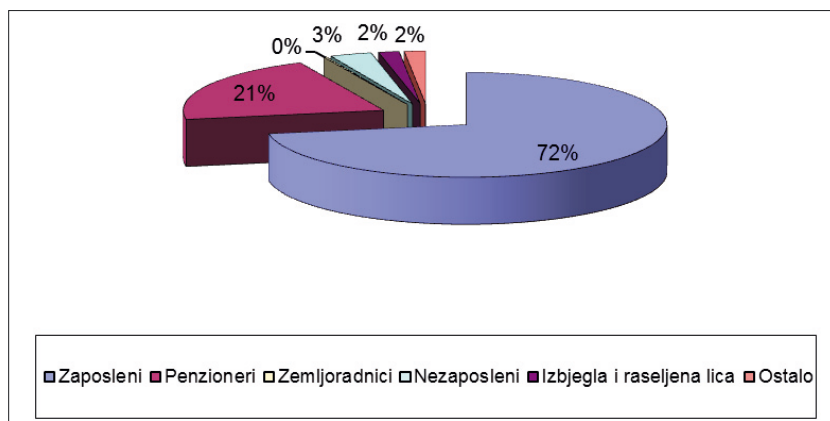
¹¹ Broj živorođenih na 100 umrlih.

starski prihod¹² za plaćanje poreza po stopi od 20%, Budžet Republike za zaposlene u budžetskim institucijama i za nezaposlena lica koja se nalaze na evidenciji Zavoda za zapošljavanje, samozaposleni, pravna i fizička lica.)

2) sredstva iz Budžeta Republike (pored pomenutih doprinosa, Budžet vrši finansiranje dijela djelatnosti Instituta za zdravlje Crne Gore i ima obavezu da ustupa dio sredstava od akciza);¹³

- 3) donacije;
- 4) sredstava po konvencijama;
- 5) iz naknada štete;
- 6) od kamata, dividendi, renti;
- 7) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Naredna slika prikazuje strukturu prihoda Fonda za zdravstveno osiguranje:



Slika 10. 8. Struktura prihoda Fonda za zdravstveno osiguranje

Skoro tri četvrtine ukupnih prihoda Fonda potiče od doprinosa za zdravstveno osiguranje zaposlenih.

10. 3. 5. ZDRAVSTVENA POTROŠNJA U CRNOJ GORI

U ukupnim izdacima za zdravstvo, 99% su izdaci Fonda zdravstva, dok 1 % čine sredstva namijenjena za rad Ministarstva zdravlja, Ljekarske i Farmaceutske komore i dio sredstava Instituta za zdravlje.

Izdaci Fonda zdravstva odnose se na:

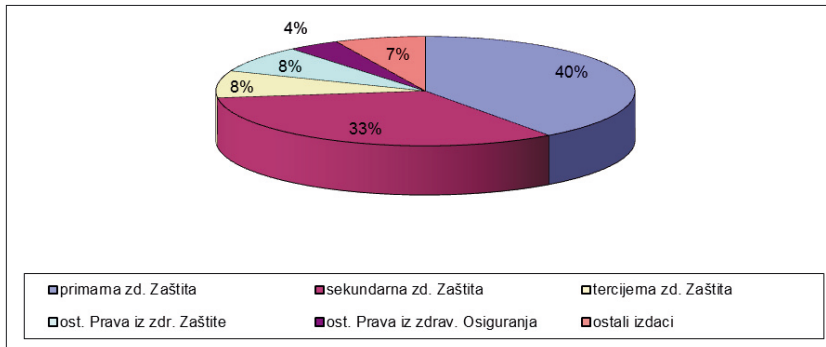
¹² Ova osnovica ne može biti niža od iznosa dvije minimalne neto zarade u Republici u mjesecu za koji se plaća porez.

¹³ Zbog neizmirljanje tih obaveza, veliki dio istih opterećuje sredstva Fonda zdravstva.

1. pružanje usluga definisanih zakonom (ambulantske i dispanzerske usluge i stacionarno liječenje u i van Crne Gore, lijekovi po receptima, lijekovi i medicinski materijal kod bolnica i domova zdravlja i sl.) i učestvuju sa 90-95 %.

2. investicije, ortopedske sprave i pomagala, naknade za bolovanja, putne troškove i dnevnice, sredstva za stručno usavršavanje, rad Fonda i sl.

Prava na zdravstvenu zaštitu i standardi tih prava obuhvataju zdravstvene usluge na primarnom, sekundarnom, tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Posmatrano po nivoima zdravstvene zaštite, najveći izdaci se odnose na primarnu zdravstvenu zaštitu (oko 40%). Sekundarna zdravstvena zaštita učestvuje sa oko 33%, dok izdaci za tercijernu zdravstvenu zaštitu iznose oko 8%. Ova struktura predstavljena je narednom slikom:



Slika 10. 9. Učešće nivoa zdravstvene zaštite u ukupnim izdacima

10. 4. AKTIVNOSTI KOJE JE POTREBNO PREDUZETI

Osnovne smjernice daljeg razvoja crnogorskog zdravstvenog sistema definisane su Strategijom razvoja zdravstva do 2020. godine. Iskustva zemalja širom svijeta nam govore da je za uspješnu reformu zdravstvenog sistema, prije svega, potrebna politička volja. Naime, razvoj zdravstvene zaštite može dovesti do svjesnog opredjeljenja da se obezbijedi više ili manje sredstava iz BDP-a, ili da se drugačije postave prioritetni ciljevi i zadaci, rokovi za njihovu realizaciju, da se drugačije definiše solidarnost i odnosi u društvu, ili promjeni način organizacije i finansiranja zdravstvenih djelatnosti. Zbog toga svaki plan zdravstvene zaštite ima do određene mjere i svoju političku dimenziju. To proizilazi iz činjenice da je sistem zdravstvene zaštite sastavni dio društvenog sistema i da može funkcionisati samo u njegovim okvirima i međusobnoj zavisnosti od drugih privrednih i društvenih kretanja i razvojnih trendova. Zdravstveni sektor nije potrošnja, već investicija u ostvarivanju socijalnog, ekonomskog razvoja i ukupnog razvoja društva.

Neki od najvažnijih problema u crnogorskom zdravstvu su sljedeći: preveliki javni i ukupni izdaci za zdravstvo, nerazvijen sistem kontrole i unapređenja kvali-

teta zdravstvene zaštite, nepostojanje kvalitetnog informacionog sistema zdravstva i drugih mehanizama za bolje upravljanje. Dalje, primarna zdravstvena zaštita nema značajnu ulogu u prevenciji, dijagnozi i tretmanu bolesti; zaposleni u zdravstvu su veoma slabo plaćeni; državne bolnice i mreža domova zdravlja su neefikasni; cijene lijekova su daleko iznad međunarodnog standarda. Na kraju, treba istaći ogromna neformalna plaćanja koja finansiraju neregulirani privatni sektor.

Veliki broj akcija i strategija koje trenutno preuzima Vlada Crne Gore govore o spremnosti Vlade da poboljša zakonodavstvo u oblasti zdravstva, sa ciljem da promoviše univerzalan pristup kvalitetnoj zdravstvenoj njezi za sve građane. Izazov za Vladu jeste da preusmjeri svoju već veliku javnu potrošnju za zdravstvo tako da poveća kapacitet upravljanja svojim resursima i poveća efikasnost cjelokupnog zdravstvenog sistema.

Ispitivanje stavova građana je ukazalo na smanjenje zadovoljstva kvalitetom zdravstvenih usluga, kao i uslovima pod kojima se te usluge pružaju, posebno u korišćenju bolničkih usluga. Razlog smanjenja kvaliteta usluge u državnom zdravstvenom sektoru nije izazvan samo nedovoljnim ulaganjima u ovaj sektor, već i odlaskom ljekara iz državnog u privatni sektor. Dodatni problem je što mnoge privatne ordinacije nijesu registrovane ili ne prijavljuju u cjelosti svoj prihod, povećavajući obim sive ekonomije. Ovo se naročito odnosi na stomatološke ordinacije. U procesu reformi trebalo bi posvetiti pažnju ovom problemu i pristupiti legalizaciji ovog sektora.

Oblast lijekova zahtijeva obaveznu racionalizaciju, jer ukoliko se nastavi takav trend rasta narednih godina, teško će se obezbijediti sredstva za njeno finansiranje. Postoji više načina za to, kao što su reorganizacija apotekarske službe, jačanje apotekarskog informacionog sistema u cilju praćenja potrošnje i distribucije lijekova, aktiviranje institucije izabranog ljekara (dio zdravstvenih reformi) kako bi lijekovi bili pravilno propisivani, referentne cijene Fonda zdravstva. Time bi se ostvarila ušeda od oko 30% (7,5 miliona €) postojećih troškova za lijekove. Takođe, potrebno je da se izvrši i reorganizacija i racionalizacija kadra koji radi u zdravstvu.

Na kraju, slijedi pregled preporuka za ostvarenje ciljeva reforme zdravstvenog sistema:

Nastavak reformi primarne zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita je najdostupnija stanovništvu, prati njihovo zdravstveno stanje, izučava faktore koji utiču na zdravlje i pruža preventivne i kurativne usluge, kod kojih nije potrebna najsloženija tehnologija, ili posebno specijalizovano znanje i iskustvo. Primarna zdravstvena zaštita istovremeno predstavlja bazu „zdravstvene piramide”, na kojoj specijalizovane službe sekundarne i tercijarne djelatnosti nadgrađuju i dopunjuju svoje zadatke u rješavanju najsloženijih zdravstvenih potreba. Primarna zdravstvena djelatnost ima i zadatak „vratara” (gatekeeper) prilikom ulaska građana u sistem zdravstvenih djelatnosti i propušta na više nivoe samo one kojima je stvarno potrebna slo-

žena dijagnostika i terapija, koja je značajno skuplja od usluga primarne zdravstvene zaštite.

Dobra organizacija zdravstvene djelatnosti je ona koja daje prednost primarnoj zdravstvenoj zaštiti, što doprinosi racionalizaciji i većoj efikasnosti cijelog sistema zdravstvene zaštite. U toku prve faze reforme primarne zdravstvene zaštite, uvedena je institucija izabranih ljekara. Oni će biti glavni nosioci preventivnih programa i prioritetnih planskih zadataka za poboljšanje zdravstvenog stanja. Istovremeno, domovi zdravlja će uvesti jedinice za jačanje zdravlja i razvojne ambulante za djecu. Navedenim promjenama domovi zdravlja postaće pravi nosioci brige za zdravlje pojedinih grupa stanovništva, odnosno cjelokupne populacije. Promjenama u domovima zdravlja postepeno će se ispravljati razvojne disproporcije, koje su bile prisutne u dosadašnjem razvoju zdravstvene zaštite. Usmjeravanje na prioritetni razvoj primarne zdravstvene zaštite neće dovesti do povećavanja kapaciteta domova zdravlja, odnosno broja zaposlenih izabranih doktora. Zaposlenost će se usklađivati sa kadrovskim normativima za ovu djelatnost, pri čemu će prednost imati domovi zdravlja koji najviše zaostaju u kadrovskoj osposobljenosti i razvoju.

Univerzalni pristup zdravstvenoj zaštiti. Trebalo bi posvetiti veću pažnju plaćanjima privatnom sektoru. Trenutno, ona su izuzetno visoka i zastupljena u toj mjeri da utiču na pristup zdravstvenoj zaštiti za značajan broj građana. Mjere za kontrolu troškova koje se u većini zemalja preuzimaju u procesu reforme zdravstvenog sistema, pokazale su povećanje finansijskog rizika kako za pružaoce zdravstvenih usluga tako i za pacijente, i ukoliko taj rizik nije neutralisan povećanjem efikasnosti u pružanju usluga, vrlo je vjerovatno da će domaćinstva snositi najveći dio rizika. Zato bi trebalo uvesti monitoring uticaja reformi na potrošnju domaćinstava. Monitoring bi trebalo da pomogne u identifikaciji problema, kao i da sugeriše kako ublažiti ove efekte.

Povezivanje privatnog i javnog sektora. Posebnu pažnju u procesu reformi trebalo bi posvetiti privatnom sektoru. Kao što je već navedeno, značajna neformalna plaćanja se usmjeravaju ka ovom, za sada, neregulisanom sektoru. Problem bi mogao biti prevaziđen sklapanjem ugovora o pružanju zdravstvenih usluga osiguranim licima Fonda za zdravstvo. Tako bi bio prevaziđen postojeći problem: pacijenti koji plaćaju zdravstveno osiguranje koriste usluge privatnog sektora jer državni sektor nije dovoljno efikasan da im na vrijeme pruži uslugu kojom bili zadovoljni. Ovo bi bio neki prelazni korak, prije uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Jedan od načina da se prevaziđe trenutni problem, a koji može biti dopuna privatnom zdravstvenom osiguranju, jeste uvođenje zdravstvenih štednih računa (ZŠR). Individualni štedni računi bi predstavljali dobru strategiju za efikasnije korišćenje zdravstvenih usluga. Znači, pojedincima treba dati više kontrole nad novcem koji ulažu u svoje zdravlje. To se može postići donošenjem takvog zakonskog okvira koji će omogućiti pojedincu, ili njegovom poslodavcu, da otvori ZŠR, i da svake godine na njega deponuje novac koji se ne oporezuje. Sredstva sa računa bila bi korišćena da finan-

siraju isključivo zdravstvene izdatke datog pojedinca u toku njegovog života. Takav račun bi bio vlasništvo tog pojedinca i postao bi dio njegove imovine u vrijeme njegove smrti.

Uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Veoma bitan aspekt promjena je i uvođenje privatnog zdravstvenog osiguranja. Ovo bi zasigurno poboljšalo situaciju u ovom sektoru i doprinijelo ostvarenju cilja povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga, sa jedne strane, i smanjenja troškova sa druge. Trenutni sistem koji zavisi od poreza i doprinosa koji se plaćaju iz zarada, predstavlja teret, kako za produktivnu radnu snagu tako i za privredu u cjelini.

Poboljšanje kvaliteta i efikasnosti pomoću intervencij na strani ponude. Država, kao vlasnik najvećeg dijela mreže pružaoca zdravstvenih usluga, trebalo bi da pokrene bar dvije inicijative da bi adresirala neefikasnosti u trenutnom sistemu pružanja zdravstvenih usluga. Prvo, trebalo bi izvršiti racionalizaciju bolnica, sa ciljem povećanja kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga, kao i tipove bolničkih usluga i osoblje, sa ciljem prilagođavanja promijenjenom epidemiološkom profilu populacije. Ova reforma bi, takođe, podrazumijevala i spajanje specijalizovanih centara u cilju ostvarenja ekonomije obima. Druga inicijativa jeste decentralizacija primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, odnosno prenošenje odgovornosti na lokalne uprave.

Dodatno ohrabrenje ulaska privatnog kapitala u oblast zdravstva. Pored uključivanja postojećih privatnih institucija u zdravstveni sistem, trebalo bi dodatno ohrabriti ulazak privatnog kapitala u oblast zdravstva, i to ne samo u vidu novih investicija već i u vidu privatizacije određenog dijela javnih ustanova.

Uključivanje nezdravstvenih resora Vlade u reformu zdravstvenog sistema. Dio reforme odnosa prema zdravlju je veoma bitan. Bolje zdravlje stanovništva neće se postići, ako se za njega brine jedino zdravstvena služba. Zbog toga je neophodno planirati potrebne mjere izvan sistema zdravstvene zaštite. Zdravlje ne nastaje u bolnicama, domovima zdravlja i apotekama, nego se tamo sprečavaju i liječe bolesti koje nastaju u društvenoj i prirodnoj okolini u kojoj čovjek živi i radi. Na činioce iz okoline koji utiču na zdravlje zdravstvena služba nema skoro nikakav uticaj i oni djeluju na populaciju u pozitivnom, a još više u negativnom pogledu. Zdravstvena djelatnost ne može riješiti pitanja očuvanja prirodne okoline i njenog zagađivanja, bezbjednosti u saobraćaju, na radu, obezbjeđivanju stambenih uslova, zapošljavanja, obrazovanja ljudi, rješavanja socijalnih problema i siromaštva, alkoholizma i drugih bolesti zavisnosti. Svi ovi faktori imaju značajnu ulogu i uticaj na zdravlje. Zbog toga bolje zdravlje i kvalitet života nije samo u nadležnosti Ministarstva za zdravlje, nego i drugih resora, odnosno Vlade i Skupštine.

Uključivanje Ministarstva prosvjete u proces reforme zdravstvenog sistema: uvođenjem zdravstvenog obrazovanja i vaspitanja u osnovne i srednje škole, kao posebnog predmeta ili/i uključivanjem u drugu nastavnu materiju. Djeca i omladina (a posredno i njihovi roditelji) osvojiće osnovna znanja i navike o zdravom načinu života, o ličnoj higijeni, o pravilnoj ishrani, potrebnoj fizičkoj aktivnosti, o sprečava-

nju bolesti i povreda, o seksualnom vaspitanju, bolestima zavisnosti (alkohol, droge, pušenje) i njihovim štetnim posljedicama itd. Drugi zadatak toga sektora je podizanje nivoa opšteg obrazovanja i omogućavanje sticanja širokog znanja što većem broju stanovništva i iskorjenjivanje nepismenosti, jer je poznato da je zdravstveno stanje najslabije kod nepismenih ljudi i osoba sa niskom školskom odnosno stručnom spremom.

Uključivanje Ministarstva za saobraćaj, pomorstvo i telekomunikacije u proces reforme zdravstvenog sistema: donošenje propisa o obavezi biciklista i motorista (njihovih suvozača, pogotovo djece) za nošenje zaštitnih kapi, za obavezno korištenje posebnih sjedišta za djecu u automobilima, o obaveznom korišćenju bezbjednosnih pojaseva svih putnika u kolima i linijskim autobusima, ograničenju ugljen-monoksida u izduvnim gasovima automobila, ograničenje alkohola u krvi učesnika u prometu, zabranu vožnje pod uticajem droga itd. Pored tega Ministarstvo za zdravlje će se založiti za dosljedniju kontrolu i sankcionisanje nepoštovanja propisa u saobraćaju, što samo po sebi može smanjiti broj incidenata i troškova zdravstvenog osiguranja i doprinijeti poboljšanju zdravlja. Predložiće osiguravajućim društvima da ne preuzmu pokriće troškova saobraćajnih incidenata učesnicima koji se ne bi pridržavali propisa iz oblasti saobraćajne bezbjednosti.

Edukacija građana u smislu njihove informisanosti o tome kakve posljedice po njihovo zdravlje imaju odluke o zdravlju koje oni sami donose.

Razvijanje zdravstvenog informacionog sistema. Informacioni sistemi zdravstvene zaštite – ISZZ (Healthcare Information Systems – HIS) predstavljaju jednu od bazičnih komponenti u savremenom sistemu zdravstva. Sa povećanjem troškova zdravstvene zaštite, javlja se potreba za povećanjem produktivnosti i kvaliteta zdravstvenih servisa na svim nivoima.

Organizaciona struktura zdravstvene zaštite uključuje različite subjekte, pri čemu svaki od njih treba da razvije i posjeduje sopstveni informacioni sistem, koji bi bio projektovan da zadovolji interne potrebe, kao i potrebe drugih institucija sa kojima je povezan.

Današnji trend u ovoj oblasti, uglavnom, je zasnovan na dvije strategije:

- povezivanje svih lokalnih informacionih sistema u integralni informacioni sistem zdravstva;
- razvoj i poboljšanje kvaliteta informatičkih servisa u zdravstvu.

10. 5. ZAKLJUČAK

Crna Gora je otpočela opsežnu reformu zdravstvenog sistema koji počiva na ostacima sistema nekadašnje SFRJ. Prema zdravstvenim indikatorima, Crna Gora je otprilike na nivou zemalja u regionu, ali značajno zaostaje za razvijenim evropskim zemljama. Indikatori zdravstvenih kapaciteta su često na nivou evropskih zemalja, ali stvari stoje drugačije kada se u obzir uzme kvalitet usluge.

Prva faza reforme sistema sastoji se u razvoju primarne zdravstvene zaštite, što će smanjiti troškove sistema, koji se ranije oslanjao na sekundarnu i tercijarnu zaštitu.

Osnovni ciljevi reforme jesu: produženje očekivanog trajanja života i povećanje kvaliteta života svakog pojedinca, a zadaci koje je potrebno realizovati da bi ovi ciljevi bili ostvareni jesu: povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite svakom pojedincu; osiguranje kvaliteta usluge; finansiranje reformi; poboljšanje zdravstvene infrastrukture. Reforme bi trebalo, gdje god je moguće, da uvažavaju slobodu izbora pojedinca u odabiru zdravstvenih usluga. Trebalo bi adresirati i naglasiti odgovornost pojedinaca i zdravstvenih stručnjaka za poboljšanje zdravlja.

Najbitnije među mjerama u daljoj reformi jesu: dalji razvoj primarne zdravstvene zaštite, povezivanje privatnog i javnog sektora, uvođenje sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, poboljšanje intervencija na strani ponude, ohrabrivanje dodatnog ulaska privatnog kapitala, kao i razvijanje zdravstvenog informacionog sistema.

LITERATURA

- [1] Arrow, Kenneth J.: *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, American Economic Review, br. 53, 1963.
- [2] Babić, Stojan, Milovanović, Milić: *Teorija cena*, Ekonomski fakultet, Beograd, 1999.
- [3] Barer M., Getzen T., Stoddart G.: *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*, Wiley Pub, 1998.
- [4] Bennett, Sara, Creese, Andrew, Monasch, Roeland: *Health Insurance Schemes for People*, 1998.
- [5] Berman, P. A., Bossert, T. J.: *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?*, 2000.
- [6] Drummond, M. and McGuire, A.: *Economic evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice*, Oxford University Press, USA, 2002.
- [7] Eastaugh, Steven: *Health Economics: efficiency, quality and equity*, Auburn House, 1992.
- [8] Evans, R. G.: *Who's selling the market and why?*, Journal of Public Health and Medicine, 1997.
- [9] Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M.: *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, 1993.
- [10] Grossman, M.: *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Columbia University Press, 1972.
- [11] Henderson, James: *Health Economics and Policy*, Thomson Press, 2005.
- [12] Kunreuther, H. and Pauly, M.: *Insurance Decision Making and Market Behavior*, Now Publishers Inc, 2006.
- [13] Master plan razvoja zdravstva CG, Ministarstvo zdravlja RCG, 2005.
- [14] Mayes, Rick: *Universal Coverage: The Elusive Quest of National Health Insurance*, University of Michigan Press, 2005.
- [15] Mitton, Craig and Donaldson, Cam: *Priority Setting Toolkit: A Guide to the Use of Economics in Health Care Decision Making*, Blackwell Publishing, 2004.
- [16] Samuelson, Nordhaus: *Mikroekonomija*, McGrawHill, 2004.
- [17] Statistički godišnjak, Institut za zdravlje CG, Podgorica, 2006, 2007, 2008.

-
- [18] Statistički godišnjak Crne Gore, Monstat, 2009.
- [19] Strategija razvoja zdravstva CG do 2020. godine, Ministarstvo zdravlja RCG, 2005.
- [20] Twaddle, Andrew: *Health Care Reform Around the World*, Auburn House, 2004.
- [21] Varijan, Hal: *Mikroekonomija-moderan pristup*, Ekonomski fakultet, Beograd, 2003.
- [22] Zweifel, P., Frech, H. E. III: *Health Economics Worldwide*, 1992.
- [23] <http://fzocg.me/splash.html>
- [24] <http://www.cia.gov>
- [25] <http://www.eurostat.org>
- [26] <http://www.fed.gov>
- [27] <http://www.ijzcg.me/>
- [28] <http://www.imf.org>
- [29] <http://www.isnie.org>
- [30] <http://www.isspm.org>
- [31] <http://www.mzdravlja.gov.me/>
- [32] <http://www.oecd.org>
- [33] <http://www.who.org>
- [34] <http://www.wiiw.at>
- [35] <http://www.worldbank.org>
- } Posljednjih pet gledanja (februar 2010.)

